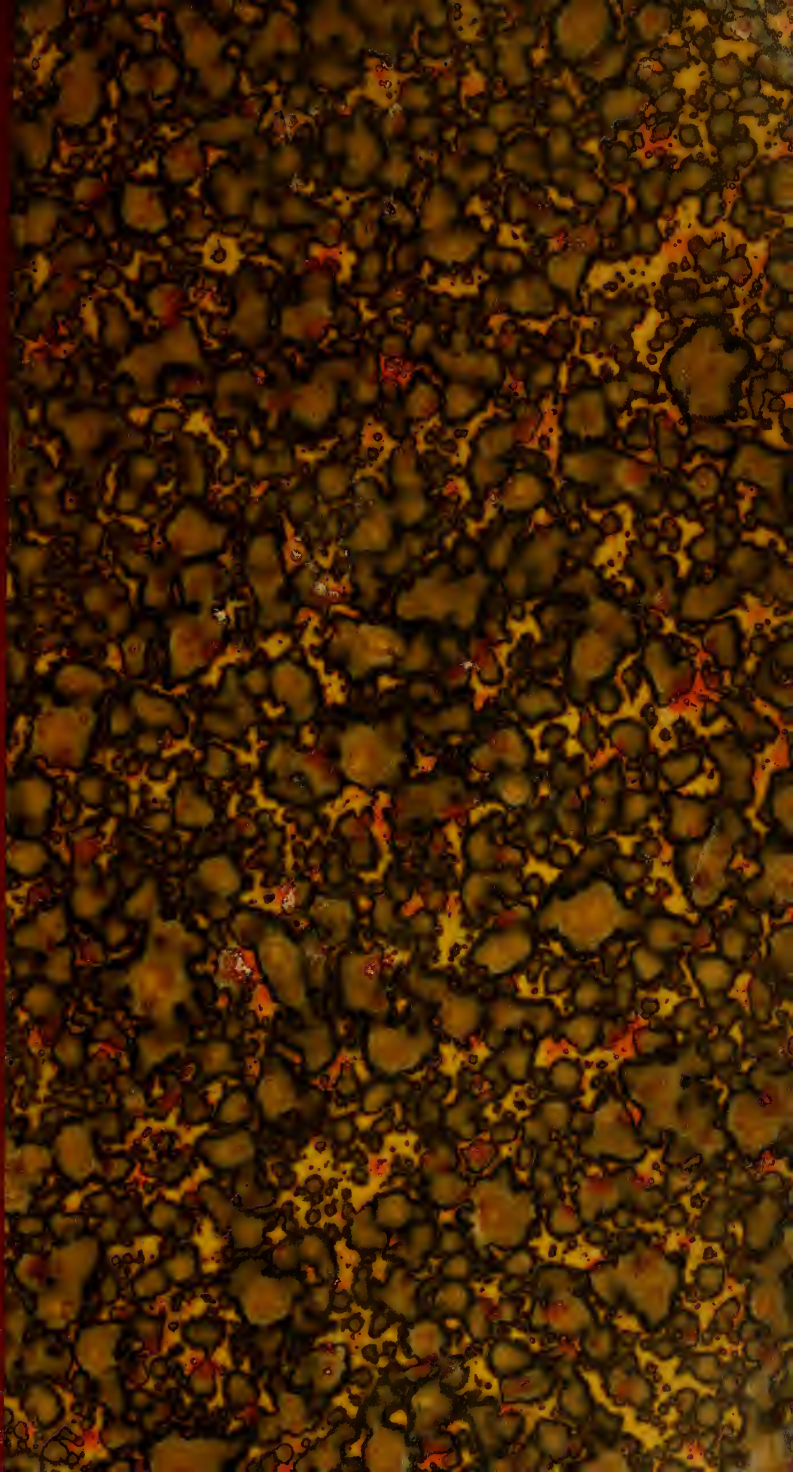

23 D 79

This work must be consulted
in the Boston Medical Library
8 Fenway

Accessions 134,763

Shelf No. 374,53

FOUNDED 1852

SICUT PATRIBUS SIT DEUS NOBIS

BOSTONIA
CONDITA A.D.
1630.

CIVIBUS REGIMINE DONATA A.D. 1822.

BOSTON PUBLIC LIBRARY

GIVEN BY
The Mass. Med. Soc.
Dec. 7, 1872.

375165

all'accademia di Boston
l'autore
464

SULL' ERNIE

OSSERVAZIONI

374 m 3

DI

PLACIDO PORTAL

DA PALERMO.

NAPOLI

DALLA TIPOGRAFIA DEL FILIATRE-SEBEZIO
Vico Purgatorio ad Arco N.° 6

1842.

OPERE

MEDICO-CHIRURGICHE

DEL PROFESSOR

P. PORTAL

MANIFESTO

La favorevole accoglienza dal pubblico dimostrata alle varie opere del Pr. P. Portal lo hanno indotto a riprodurle e ad aggiungervene delle altre, che si lusinga non saranno indegne del pubblico gradimento. A tal'uopo apre un' associazione coi patti seguenti.

CONDIZIONI DELL' ASSOCIAZIONE

1.° Tutte le opere, edite e inedite, verranno distribuite a fascicoli, di 10 fogli ciascuno.

2.° In ogni 40 giorni si consegnerà puntualmente un fascicolo.

3.° La carta i caratteri ed il sesto saranno gli stessi come quelli della presente memoria sull' ernie.

4.° Ogni fascicolo verrà ornato a norma del bisogno di tavole incise in rame.

5.° Il prezzo di associazione è fissato a grana 4 il foglio; cilindratura e covertura *gratis*.

6.° Ai primi 200 associati saranno date in dono le tavole: gli altri le pagheranno quanto un foglio ciascuna.

7.° Compiuta la pubblicazione, le tavole e i fogli si venderanno a grana 5 ciascuno.

8.° Gli associati anticiperanno gr. 60, di cui saranno rivaluti cogli ultimi fascicoli.

9.° Chi si obbligherà per 10 copie, avrà in dono l' undecima.

Le associazioni si ricevono in Palermo presso dell' autore — Palazzo Paternò vicino Porta di Termini.

OSSERVAZIONI

SULL' ERNIE

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/sullernieosserva00port

SULL' ERNIE

OSSERVAZIONI

DI

PLACIDO PORTAL

DA PALERMO.

374453

NAPOLI

DALLA TIPOGRAFIA DEL FILIATRE-SEBEZIO

Vico Purgatorio ad Arco N.° 6.

1842.

134.763

Mass Med. Soc.
Dec 7 72

INTRODUZIONE

È costante osservazione, che l'ernia, quante volte si offre alla mano operatrice, presenta altrettante varietà per le diverse e numerose complicazioni, che possono accompagnarla: Richter annunziò questo fatto, Scarpa lo proclamò, la esperienza giornaliera lo ha sancito. Ed in vero quante variazioni non s'incontrano nelle diverse specie dell'ernie operate in differenti individui, in epoche e circostanze diverse? variazioni, che d'ordinario sono nella ragion diretta della data e del volume del tumore non che delle condizioni particolari in cui trovasi l' organismo.

E però l'ernie costituiscono un subbietto di somma importanza non solo per le moltiplici variazioni le quali esigono nel chirurgo profonde cognizioni e mano perita, ma bensì perchè, accompagnate in qualche circostanza da una serie di particolari sintomi, minacciano gravi conseguenze, e mettono in forse la vita dell'infermo. Scriveva quindi a ragione Velpeau, che l' ernia strozzata è una malattia gravissima, la quale produr-

rebbe quasi sempre la morte, ove la chirurgia non fosse sollecita a prestarvi riparo. L'erniotomia quindi, che deve riguardarsi come un'operazione difficile dilicata e di sommo interesse per le moltiplici circostanze che possono complicarla, giustamente ha dato luogo alle più gravi discussioni, massime in tempi in cui le nozioni anatomico-patologiche non eran siccome oggidì inoltrate. E per verità conviene confessare, che la dottrina dell'ernie così interessante pel chirurgo sia stata per lungo tempo fra le tenebre avviluppata.

Percorrendo gli annali dell' arte salutare da Ippocrate a Celso e da questo a Galeno, si ricava, che l'ernia era per così dire un oggetto di misteriosa impostura, e che si avea la scempiaggine di affidare un' operazione così difficile e pericolosa a cantabanchi e a pseudo-chirurghi. Ognuno di leggieri può rilevare quante vittime furono sacrificate da quegli uomini rozzi e di ogni dottrina sforniti: in quei tempi si videro pure in voga diversi topici svariati empiastri e pericolose operazioni nel disegno di guarire questa grave infermità: fu allora che Paolo d'Egina praticò la castrazione onde guarire l' ernie inguinali, operazione sì crudele e barbara, che meritamente fu proscritta, minacciandosi pena di morte a chi per tal cagione l'avesse eseguita. Nè miglior riuscita ottenne la compressione, che Celso dapprima, Norsia, Blegny, Trecourt, Petit, e Juville dappoi hanno proposto ed in isvariato modo esercitata come mezzo curativo dell' ernia. La medesima sorte è toccata alla cau-

terizzazione, che Albucasis Roger e G. Chauliac sostennero, cui Monro, non sappiamo con quanta ragione, prodigò elogi. La legatura, la cucitura, la incisione, la escissione, la dilatazione, il punto dorato, la sutura reale hanno avuto il medesimo destino. Il ferro da stirare, il pezzo di piombo, la vescica piena di mercurio, l'agopuntura, il galvanismo, le applicazioni fredde, il vapore di tabacco per clisteri, e cento altri mezzi che i chirurghi a noi più vicini sono andati investigando non hanno ottenuto una miglior riuscita. E comunque siasi praticata la legatura dopo ridotta la viscera protrusa e l'erniotomia come nel caso di strozzamento, pure gl'infelici risultamenti di questi metodi proclamati da G. Chauliac Thevenin G. L. Petit ec. li hanno fatti abbandonare da' loro medesimi partigiani. E non sappiamo persuaderci come ci sia stata nell'arte nostra un'epoca, nella quale onde guarire l'ernia avesse potuto acquistare certo credito un istromento tutto diretto a favorirne l'ingrandimento, vogliamo dire i dilatatori proposti da Celso ed elogiati da Arnaud e da Leblanc.

Ma quelle pratiche barbare e pericolose furono dimenticate ed abborrite; quando per i progressi della chirurgia se ne concepì la nullità il danno e le funeste conseguenze. Il secolo decimo ottavo segna il secolo di progresso per questa parte della chirurgia. Il celebre clinico di Pavia, onore d'Italia e del suo secolo, fugò gli avanzi di barbarie, che deturpavano ancora i precetti dell' arte sua, e studiando accuratamente

sul cadavere il modo come l' ernie si producono, e rilevando dalla sua lunga e luminosa pratica le diverse maniere sotto le quali si presentano, ne ridusse il metodo operativo a quella chiarezza e semplicità, che mostrano il genio dell'autore, e la più esatta conoscenza della malattia : il trattato di Scarpa sull' ernie è il più bel monumento della gloria non peritura di quel principe della italiana chirurgia , ed è forse la cima cui è lecito di salire co' presenti lumi che fanno splendida la clinica odierna.

Dal fin quì detto manifesto apparisce che gl'infelici risultamenti, che dall' operazione dell' ernia si ebbero prima dell'attuale riforma, sono da imputarsi alle scarse cognizioni della malattia all' inopportuno metodo operativo ed ai violenti ed aspri maneggiamenti che allora si praticavano. Perlocchè ognun comprende quanto sia necessaria l'esatta conoscenza della notomia patologica delle aperture a traverso delle quali l' ernie si formano e delle viscere che la costituiscono ; così la diagnosi riuscirà esatta , pronto giudizioso ed utile il metodo curativo. A. Cooper Hey Colles Lawrence G. Cloquet Drochet impresero a tutta forza questo studio , e fra tutti vi si è distinto l' illustre italiano Scarpa , sì che Velpeau ebbe ragione di dire , che dopo le fatiche de' cennati autori non restano che poche cose a dirsi sull'articolo in parola. Ma non era stabilito per la scienza di arrestar quì i suoi passi: ulteriori progressi perfezionarono questa parte della patologia chirurgica ed ulteriori

travagli ne hanno mostrato e ripianato quel vuoto che dapprima non si conosceva.

È nostro intendimento non versare nuova luce su questo argomento, che pare già esaurito, ma di accennare semplicemente alcune cose che ci sembrano non comuni, le quali intendono a confermare alcune pratiche, e che hanno dei rapporti interessanti coll' ernie; tralasciamo quindi di ripetere la minuta descrizione di quelle parti, che lungamente e dottamente sono state trattate da Scarpa e poi da Velpeau: diremo brevi cose intorno all' anello inguinale al ligamento crurale ed all' anello ombelicale, e poscia dei diversi strati fibrosi delle medesime regioni e de' loro rapporti colle diverse alterazioni morbose nelle circostanze dell' ernie: daremo un ragguaglio delle varie specie di strozzamento delle diverse complicazioni e dei mezzi che l' arte dovrà in simili casi impiegare; riferiremo da ultimo alcune osservazioni raccolte nella nostra clinica con opportune riflessioni.

ARTICOLO PRIMO

ERNIE INGUINALI.

§. I. L'aponeurosi del muscolo obliquo esterno alla distanza di un pollice e mezzo circa dall' osso del pube si divide in due bendelle, delle quali la superiore ed interna più larga s' inserisce sul margine dell' angolo del pube, e s' incrocicchia con quella del lato opposto: l' altra inferiore ed esterna più spessa, arrotondita, si attacca alla spina del pube, e si confonde coll' estremità interna del ligamento falloppiano. Da siffatto divaricamento ne risulta quell' orifizio che dicesi anello inguinale, destinato a dar passaggio al cordone spermatico nell' uomo, ed al ligamento rotondo nella donna. La sua figura è triangolare, anzichè ellittica, talvolta ovale, ed è diretto obliquamente dall'alto in basso e da fuori in dentro, colla base al pube, l' apice in alto e verso fuori.

Le liste tendinose che inferiormente sono fornite dalle porzioni del muscolo grande obliquo, inserendosi in tutta la cresta sotto pubiea e ad una parte della pubiea, costituiscono il vero ligamento di Poupart ed il pilastro esterno dell'anello. Le fibre del grand'obliquo verso la metà esterna del ligamento di Poupart conservano la forma di un cordone, e lor danno questa disposizione da un canto le fibre *en sautoir* così dette dai francesi, le quali intersecano la faccia anteriore dell' aponeurosi del muscolo del lato opposto, e dall' altro lato certe fibre verticali, che costituiscono la aponeurosi propria del sartorio, le quali montando si decussano colla metà esterna del ligamento di Poupart.

Le accurate e ripetute dissezioni dei cadaveri ad evidenza ci hanno dimostrato non esservi una sola fibra dell' aponeurosi del grande obbliquo che si arrovesci all' indietro ed all' insù per formare ciò che G. Cloquet ha descritto sotto il nome di solco del ligamento di Poupart, il quale secondo questo autore deve continuarsi colla fascia trasversale.

Le fibre del muscolo obliquo interno verso il fianco alla distanza di otto linee circa dal vertice dell' anello si divaricano per lasciar passare il cordone spermatico, quelle del fascetto esteriore che risulta da questa divaricazione si attaccano per certo tratto al ligamento falloppiano e costituiscono l'origine principale del muscolo cremastere. Il cordone spermatico più in dentro verso il fianco un pollice circa distante dal suddetto divaricamento scorre di sotto il margine inferiore del muscolo trasverso.

La fascia trasversale di A. Cooper oltre che dà passaggio al cordone spermatico gli somministra una guaina e lo involge in un imbuto membranoso, che lo accompagna sino allo scroto. La fascia trasversale inoltre è costantemente formata da due lamine distinte, l' una posteriore, l'altra anteriore, la prima assai tenue tappezza la faccia interna del muscolo trasverso e del muscolo retto inferiormente: questa è quella lamina, che Thomson chiama vera fascia trasversale, e che Velpeau ha descritto sotto il nome di fascia propria. La seconda più spessa e più forte della precedente accompagnata da un lasco tessuto cellulare flaccido, s'inserisce da una parte al pube ed all' ileo, e dall' altra ai tendini del muscolo retto e trasverso. Questa lamina che è stata da Velpeau indicata sotto il titolo di fascia trasversale, per la sua resistenza costituisce essenzialmente la parete posteriore del canale inguinale, e le sue fibre, che possono distinguersi in interne esterne ed anteriori, unitamente ai pilastri interno ed inferiore dell'anello inguinale interno, sono disposte in modo che sostengono l'incominciamento del cordone spermatico.

Dall'esposto risulta, che il così detto anello inguinale è costituito nella parte esterna ed anteriore da qualche fibra del piccolo obliquo e dall'aponeurosi dell'obbliquo esterno; nella parte posteriore ed interna dalla porzione interna della fascia trasversale e dal tessuto cellulare; nella parte superiore dalle fibre del muscolo piccolo obliquo, che riempiono lo spazio che separa l' aponeurosi anteriore della fascia trasversale, ed in basso dalla gronda del ligamento crurale: donde ne siegue che il preteso anello inguinale è un vero canale, la di cui lunghezza nello stato normale e nell'adulto è di due pollici e mezzo, poichè presenta qualche varietà nei due sessi e nell'epoche diverse della vita. Le due aperture del canale inguinale sono molto ravvicinate nei giovani, ma a misura che da questa età si passa all' adulta, l' orifizio addominale si allontana dal pube, e si avvicina all'ileo, e ciò per la ragione che l'apertura della fascia trasversale è obligata a seguire la porzione iliaca dell' osso innominato, che si allunga gradatamente, mentre che nell'altro canto i due pilastri dell'anello inguinale restano fissati all'osso del pube. Questa è una delle ragioni, percui l'ernie sono molto più frequenti ne' fanciulli che negli adulti, e da ciò si può facilmente desumere perchè ne' primi si può con molta facilità ottenerne la cura radicale mercè l'uso di un adatto brachiere.

Il peritoneo in questo luogo guardato dalla cavità del basso ventre presenta due inviluppamenti distinti da un tramezzo fatto dal ligamento ombelicale, dei quali il superiore che guarda il fianco è più profondo e di figura quasi triangolare: in esso nel feto incomincia a discendere il testicolo dall' addomine nell' inguine, e nell' adulto vi passa il cordone spermatico; l' inferiore situato all' interno del ligamento ombelicale corrisponde all' inguine in vicinanza del pube. Di quì derivano le due specie principali dell' ernie inguinali: la prima più frequente dicesi obbliqua, perchè siegue la direzione del canale, o esterna perchè il tumore erniario si ritrova fuori dell'arteria epigastri-

ca: la seconda assai rara è nominata diretta, perchè le viscere sporgono direttamente da dietro in avanti, o interna, perchè il collo del sacco erniario corrisponde in dentro dell'arteria epigastrica.

§. II. Le accurate dissezioni praticate da Thomson gli han mostrato, che la fascia superficiale risulta da tre lamine distinte; alla prima ha dato il nome di lamina adiposa, alla seconda di fascia superficiale comune, ed alla terza di fascia superficiale profonda, e questa si ritrova tra la superficiale comune e le aponeurosi. Nel ventre come altrove le due lamine della fascia superficiale sono separate da cellule adipose rare ed allungate, nel mentre che sotto la pelle la lamina adiposa è dura e granulata. Secondo Thomson queste lamine sono indipendenti dal tessuto cellulare, ed il grasso oppure le infiltrazioni sierose o altre possono solamente separarle e non già come si crede farle disparire. La lamina comune è formata da fibre trasverse nascenti dalle apofisi spinose della colonna vertebrale con fascetti tendinosi, ed è attaccata anteriormente nella linea mediana. Questa lamina involge le borse e la verga senza fissarsi all'arcata femorale nè alla cresta degl'ilei, ed è separata dalla lamina profonda del darto nelle borse e nelle grandi labbra.

La lamina profonda della fascia trasversale addominale legata alle apofisi spinose delle vertebre dorsali e lombari ed a tutta la cresta degl'ilei, scende nell'anguinaja dove ricopre uno spazio triangolare limitato inferiormente dal tronco della vena safena, in dentro dal suo attacco con la lamina profonda del fascialata sino all'orlo esterno del ligamento di Gimbernat, ed infuori da una linea che corrisponde al margine interno del sesto superiore del muscolo sartorio. Essa copre il ligamento di Gimbernat, s'inserisce nella parte interna della cresta del pube, e fornisce una guaina al cordone ed al testicolo. Rimontando poi verso la linea mediana, forma l'aponeurosi profonda della verga ed anche una specie di guaina, che si trova ceperta dal darto. Crivellata per lo passaggio dei vasi

linfatici la porzione della lamina profonda della fascia superficiale, che inviluppa i ganglî superficiali dell'anguinaja, spiega per i suoi attacchi interni ed inferiori la direzione riflessa che offrono quasi sempre l'ernie crurali.

La lamina profonda della fascia superficiale della coscia si fissa in alto nella cresta iliaca ed alla metà esterna del ligamento di Poupart, ma nella metà interna vi passa sopra senza aderirvi per continuare colla lamina profonda della fascia superficiale addominale, più in dietro si attacca alla cresta sotto spinosa del pube e verso il perineo alla branca ischio-pubiea. Questa lamina nel canale crurale si trova sopra i ganglî superficiali dell' anguinaja, i quali per conseguenza sono compresi tra la lamina profonda e quella della fascia superficiale addominale.

Il darto è un organo a parte e presenta particolari attacchi: costituito nell' uomo da un tessuto intermedio fra il tendineo ed il carnoso si attacca inferiormente in tutta la estensione della branca ischio-pubiea, e superiormente s' innesta alla metà interna del ligamento di Poupart ed ai due pilastri dell' anello inguinale. Havvi un darto per ogni lato, ed ognuno di essi forma un sacco al testicolo ed al cordone del lato corrispondente: dall' addossamento di questi due sacchi risulta il setto dello scroto. I due darti poi sono avviluppati dalla fascia superficiale comune e nella loro superficie interna sono tappezzati da un prolungamento della fascia superficiale profonda dell' addomine. Gli esperimenti fatti da Velpeau onde conoscere a qual tessuto questo appartenga inducono a credere che sia di natura muscolare, e ci è lecito conchiudere cogli antichi anatomici, essere il darto un ligamento sospensorio dei testicoli.

Nella regione inguinale inoltre costantemente si osserva una lamina fibrosa descritta per la prima volta da Thomson col nome di *ventrier*, che nel nostro idioma potrebbe traslatarsi ventrajo. Schiacciata d' avanti in dietro s' inserisce inferiormente; due pollici sotto la sinfisi del pube, in quella parte del fascialata che cor-

risponde al muscolo gracile interno, e superiormente si fissa sopra il pilastro interno dell' anello inguinale dall' angolo superiore di questo sino alla linea mediana dell' addomine. Questa lamina verticale talvolta elastica, sita dietro gli attacchi addominali del darto e della lamina profonda della fascia superficiale addominale, copre la spina pubiena e la metâ interna dell' anello inguinale esterno, e costituisce per conseguente una specie di coverchio che allontana e spinge verso il pilastro esterno dell' anello il cordone spermatico. Da tutto questo n' emerge un fatto molto interessante per l'operazione del tasside: conosciuta siffatta disposizione anatomica dovrà il chirurgo tener presente che la descritta lamina fibrosa rilasciasi col ravvicinamento delle cosce, oppostamente tende le sue fibre e chiude l'anello inguinale col divaricamento delle stesse: nelle manovre quindi del tasside non si dovranno discostare le gambe dell' infermo coll' idea di far rilasciare le parti, che dan luogo all' incarcerazione, come sbadatamente si opera da que' chirurghi che ignorano i rapporti della lamina in parola. I loro tentativi riusciranno di niun prò, e lungi di ottenere la riduzione dell' ernia, maggiormente contribuiscono a far che l' anello inguinale strangoli l' intestino imprigionato; e però i fenomeni d'incarcerazione e i patimenti dell' infermo non scemano ma si accrescono oltremodo.

Le fibre *en sautoir* da noi poco prima cennate costituiscono nelle ernie inguinali il principale agente dello strangolamento, per la ragione, che il primo ordine di fibre che si fissa al pube viene spinto dalle viscere protruse, e le altre due porzioni, le quali descrivono una parabola intorno al collo del sacco erniario, tendono ad avvicinarsi. La conoscenza della loro disposizione permette un nuovo metodo di tasside.

Il pollice portato sino alle spina pubiea sollevando in alto ed in dentro il collo del tumore può raddrizzare le sue fibre, convertire l'anello da ellittico in circolare e procurare così maggiore spazio pel ritorno delle viscere nella cavità addominale.

Da quanto abbiamo esposto n' emerge, che ogni ernia inguinale contenuta nel canale ci presenta come lamine d' inviluppo, la pelle, la lamina adiposa della fascia superficiale, la lamina comune di questa, la lamina profonda della fascia superficiale addominale. Le ernie scrotali oltre che sono inviluppate dalle sopraddette lamine lo sono dippiù dalla lamina profonda della fascia superficiale della coscia.

§. III. Tutte quelle circostanze che sono suscettive di diminuire la resistenza delle parti contenenti, e tutti quegli agenti, che sono capaci di aumentare gli sforzi degli organi contenuti possono in generale produrre l' ernie.

La distensione delle pareti del basso ventre cagionata dalla gravidanza dall' ascite guarita o dall' ingorgamento considerevole di un' organo addominale seguito dalla risoluzione, o da una causa morbosa qualunque, può dar luogo alla prima circostanza, che ordinariamente viene favorita da un vizio costituzionale, e da una predisposizione particolare dei muscoli dell' addomine: dall' altra parte le forti contusioni dei muscoli addominali, gli sforzi violenti, il canto, lo starnuto, il cavalcare, il suonare strumenti da fiato ec. dovranno riguardarsi come cagioni atte ad accrescere l' impulso delle viscere contro le pareti del ventre.

IV. L' ernie inguinali esterne sieguono la direzione del cordone e dei vasi spermatici. Si presentano sotto forma di un tumore obbliquamente diretto da fuori in dentro, cui si è dato il nome di *bubonocele* se si limita alla regione inguinale, e di *oscheocele* se si prolunga fino alle borse: d' ordinario l'oscheocele è stato bubbonocele, ma alcune volte nasce tale ed è quando le viscere seguono la discesa del testicolo, e si portano nella tunica vaginale dello stesso; cosa che può avvenire in due modi, o perchè non è chiusa la comunicazione della vaginale colla cavità del peritoneo, o per le aderenze che sono avvenute tra le viscere ed il peritoneo, perchè esse sono costrette a seguire il testicolo.

L' ernie inguinali interne non presentano quella ob-

bliquità delle precedenti : si portano direttamente da dietro in avanti , e site in dentro del cordone spermatico , riescono più facili a potersi ridurre per i tentativi del tasside.

L'ernie inguinali recenti conservano gli stessi caratteri pocanzi enunciati senza un' alterazione positiva nella loro disposizione , e sono avviluppate da tutte le tuniche che attorniano il cordone spermatico : in quelle di lunga data si osservano cangiamenti ed alterazioni notabili.

Gl' inviluppi di cui è parola si addensano , e tal fiata ingrossano in modo straordinario soffrendo delle alterazioni significanti come più giù avrem occasione di dimostrare ; per il loro ingrossamento succede la deviazione dei vasi del cordone spermatico e dell' arteria epigastrica , e il canale inguinale perdendo la sua obbliquità trasmutasi in una semplice apertura che attraversa direttamente d'avanti indietro la parte anteriore dell' addomine.

Nella donna l'ernia inguinale, ch'è rarissima, è meno voluminosa , e qualora fa de' progressi s' inoltra nelle grandi labbra.

L'ernia inguinale interna non è contenuta nella guaina propriamente del cordone : tutte le volte che questa s'incammina verso la borsa trascorre lungo la parte interna e posteriore del cordone , e perviene dietro la tunica vaginale del testicolo.

Diversi tumori possono mentire le varie specie dell'ernie, ed a preferenza le inguinali. Si distinguono 1.° dall' idrocele , perchè questo si forma lentamente e da basso in su ; per la trasparenza del fluido che lo costituisce ; e finalmente perchè il tumore non aumenta nè durante la stazione nè sotto gli urti della tosse , 2.° dal sarcocele , essendo questo un tumore duro e resistente. 3.° dal varicocele , perchè d' una mollezza pastosa , nè mica riducibile col tasside (a) 4.° dagli ascessi per congestione , dal bubbone , e da altri tumori per le cause che hanno dato luogo a simili morbose alterazioni e per i particolari segni costitutivi.

Ommettiamo di riferire tutti i mezzi di riduzione ,

che riguardano l' operazione del tasside proposti per l' ernie, riducibili potendosi a questo proposito riscontrare tra le altre le opere di Scarpa e di Velpeau ; è nostro scopo occuparci esclusivamente dell' ernie strozzate.

V. Non bisogna confondere lo stato dell' incarcerazione con quello dello strozzamento come dalla maggior parte degli autori si è fatto : i quali poco calcolando la differenza che passa tra queste due forme di malattia han pronunziato dei giudizi erronei sull' assunto ed ancor peggio non han fatto distinzione circa il trattamento curativo, che nei due casi vuol essere diverso : questa confusione è stata feconda di gravi danni. Lo stesso Richter ci fa a chiare note rilevare di non aver abbastanza distinto l' una dall' altra specie di malattie, allorchè vi leggiamo » Quando le parti contenute nel« l' ernia sono serrate nel collo del sacco erniario o in « altro luogo dell' ernia dall' anello , o da qualunque « altra parte, siccome da una legatura, l'ernia è stroz« zata o incarcerata.

Posteriormente Monro cennò di passaggio le differenze , che distinguono l' incarcerazione dallo strozzamento, le quali furono da Goursaud più particolarmente esposte. Ma era riserbato al valore del sommo Scarpa offrirci come in un quadro le conoscenze tutte sulla diversa etiologia e natura delle due enunciate malattie e sulla varietà dei metodi che in simili casi debbono adottarsi.

Nell' ernia incarcerata, dice egli , ritrovasi intercetto il corso delle fecce , ma senza considerabile offesa della tessitura e della vitalità dell' intestino impegnato nel tumore , mentre nella strozzata oltre la sospensione del corso naturale delle materie fecali havvi lesione organica delle tonache dell' intestino con perdita di vitalità del medesimo.

Velpeau con giudizio distingue l' ernia per intasamento dalla strozzata, e per la prima intende quella mantenuta dall' accumulo delle materie fecali nell' ansa intestinale protrusa, dove sono accolte in modo che inter-

rompono il passaggio delle sostanze che di alto in basso trascorrono l' intestino. All' incontro lo strozzamento è formato dalla costrizione meccanica esercitata dall' infuori all' indentro sopra una porzione del canale digerente dalle parti molli vicine, costrizione tale, che ne scema più o meno il calibro, e ne turba in singolar modo le funzioni: a buoni conti l'incarcerazione o intasamento è prodotto dall' accumolo di materie fecali o alimentari in quella porzione d' intestino che forma ernia, mentre il costringimento esercitato sugl' intestini dagli orli di quell' apertura per la quale sono scappati (l' anello inguinale) dà luogo allo strozzamento. Questi due stati di malattia chiaramente dimostrano oltre alla differenza delle cause efficienti, l' esistenza di due forze che agiscono in senso inverso, ma che tendono entrambe allo stesso scopo, ad intercettare cioè le materie fecali o escrementizie lungo il canale intestinale. Nell' incarcerazione la forza agisce dall' interno all' esterno, vale a dire dal centro alla periferia; sono le intestina che ingrossando di volume si spingono contro l' apertura erniaria e ne rimangono strette come viene stretto un dito che si gonfia dall' anello che lo cinge, e questa forza distende in maniera le margini dell' apertura erniaria, che queste reagiscono vivamente ed all' incarcerazione sopraggiunge lo strozzamento: nello strozzamento la forza agisce da fuora in dentro, dalla periferia al centro, le viscere rimangono strette dagli orli dell' orifizio erniario come da un filo.

L'intestino dunque nell'intasamento è obbligato ad urtare contro l' orlo dell' anello, o contro le margini del collo del sacco e ne viene leggermente ristretto ed incarcerato. In questo caso il protratto soggiorno delle materie escrementizie produce una lenta infiammazione, che ordinariamente è accompagnata da un leggiero restringimento dell' ansa intestinale, ciò che a lungo andare costituisce lo strozzamento lento cronico e secondario. Un tale fenomeno si osserva in senso inverso nei casi di acuto strozzamento, in cui la forza maggiore viene esercitata dalla periferia verso il centro. In

questo incontro l'anello inguinale, o per una contrazione spasmodica dei suoi margini tendinosi, o per lo sviluppo d'un'intensa infiammazione, o per tutte quelle cause, che possono in generale dar luogo allo strozzamento si restringe, e comprime la viscera senza che questa fosse stata primitivamente alterata. A questa specie di affezioni morbose corrispondono tutti gli strozzamenti acuti.

Sembra che l' idea più esatta che dobbiamo concepire del vero carattere dello strozzamento dipenda a parer nostro dall' azione o reazione di quelle parti, le quali comprimono con maggiore o minor forza una viscera qualunque che attraversa un' apertura anormale dell' addomine, s' intende qui parlare dell' anello inguinale, ed anche dell' arcata crurale d' onde traggono origine le diverse specie di strozzamento. Ci siamo serviti dell' espressione azione, per dimostrare tutti quelli strozzamenti acuti e primitivi, nei quali la forza attiva si porta dalla periferia o dai margini dell' anello, o del collo del sacco erniario indipendentemente da qualunque complicazione degli organi ivi contenuti, la quale ne possa risvegliare l' azione. La reazione all' incontro corrisponde a quella specie di strozzamento lento cronico e secondario, che è l'effetto dell' incarcerazione, in cui le parti reagiscono per quell' innormale distensione degl' intestini, che formano ernia.

§. VI. I sintomi che tanto nel primo quanto nel secondo caso si osservano ci presentano due forme pressochè simili, ma differenti per la loro intensità, la quale è nella ragion diretta della maggiore o minore energia delle cagioni, che vi diedero luogo, e nella ragione opposta della loro persistenza, e delle circostanze costituzionali, che possono rendere più o meno complicata la malattia. Sovente i sintomi sono così violenti, che mettono in rischio la vita del infermo, e più quando le parti sopra le quali dovrà cadere l'operazione trovansi in uno stato di massima alterazione flogistica. Questa è la ragione perchè non si può in tutti i casi con certezza stabilire fin dove arrivino i gua-

sti organici, e determinare l'epoca in cui l'operazione dell'ernia possa eseguirsi con minor pericolo di tristo risultamento; dappoichè le cagioni che le produssero ed i segni commemorativi non ci somministrano un dato positivo, onde precisare i gradi delle alterazioni organiche, e pronunziare un giudizio esatto sulla forma della malattia.

I sintomi, che nelle diverse alterazioni gli uni agli altri succedonsi, ci svegliano idee così confuse ed incerte, che in vece di chiarire lo stato della malattia ci trascinano a false induzioni ed a precipitati giudizii. Ed a questo proposito bisogna convenire con Scarpa che la chirurgia trovasi ancor mancante di nozioni precise ed esatte, onde determinare nei singoli casi di ernia incarcerata sino a qual punto l'operazione possa essere impunemente differita, e quando debba essere eseguita immediatamente o poco dopo l'incarcerazione(b).

Siccome ora la contrazione spasmodica dei muscoli addominali, ora l'infiammazione sopraggiunta nelle parti fuori uscite prodotta da una cagione traumatica, ora le adesioni contratte fra le viscere che formano l'ernia, ora il loro aggruppamento, ora l'ingrossamento, o attorcigliamento degli stessi possono in generale divenir causa dei diversi strozzamenti, e siccome varie alterazioni morbose possono complicar le diverse specie ne risulta che i sintomi costitutivi del medesimo sono variabilissimi, e spesse fiate mentiscono tutt'altra malattia. Un'insidiosa calma talvolta potrà dileguare ogni sospetto di strozzamento mentre che per esso è gia avvenuta la mortificazione delle viscere protruse, siccome osservò Velpeau (c). L'intensità dei sintomi flogistici d'altra banda potrà tal volta farci scambiare uno strozzamento cronico per acuto; e però in questi casi si esige la più consumata pratica ed il più raffinato giudizio.

Tutti gli strozzamenti sono d'ordinario accompagnati da una flogosi più o meno considerevole, dalla tensione e gonfiezza del ventre, da dolori varî, da stitichezza e singhiozzi, da nausee, da vomiti, da co-

liche, da febbre più o meno ardente. Qualora però la incarcerazione è prolungata a' sintomi flogistici succedono i gangrenosi: i dolori diminuiscono, trovasi l'infermo in una calma lusinghiera, il tumore diviene molle e flaccido, si manifestano dappoi singhiozzi continui, sudori freddi, massima prostrazione delle forze, polsi piccoli celeri intermittenti ed irregolari, ambasce e la morte chiude la luttuosa scena.

§. VII. Due sono gli esiti dell'ernia incarcerata, o le materie fecali riprendono il loro corso naturale, o fattasi più intensa la malattia l'incarcerazione mena allo strozzamento. Nel primo caso o senza soccorso veruno mercè lo spontaneo rilassamento delle parti, o con pochi compensi di arte, l'ansa intestinale imprigionata ritorna al suo stato normale, ed ogni pericolo dileguasi. Nel secondo le cose non sogliono procedere così prosperamente, imperciocchè crescendo l'infiammazione s'ingagliardiscono i sintomi e l'intestino và incontro ad un acuto strozzamento. A quest' ultima conseguenza possono contribuire o una distensione sforzata delle pareti intestinali (perlocchè acquistando un enorme volume, i materiali vi si adunano in copia, i gas svolgendosi le dilatano sempre più) o una smodata infiammazione effetto sì dello strozzamento istesso che della degenerazione che acquistano le materie escrementizie col lungo dimorare nell'ansa intestinale. A questa specie appartengono tutte l'ernie per intasamento, o per accumulo di materie fecali, siccome ordinariamente accade in quelle di lunga data e di enorme volume, che da Richter sono state indebitamente confuse con quelle dagli strozzamenti lenti accompagnate.

§. VIII. L'esame intorno la sede e natura delle malattie, rischiarato dai lumi dell'anatomia e della terapia, ha servito di solidità fondamentale alla medica scienza; ma in chirurgia meritar dovrebbe le più esatte ricerche, massime per la parte che riguarda la diagnosi dell'ernie ed il loro trattamento curativo, a fine di evitare per quanto è possibile tutte quelle difficoltà che sovente nella pratica s'incontrano. Ed a ragione

Richter sul proposito scriveva che; » sarebbe a de-
« siderarsi che il chirurgo avesse segni certi per rico-
« noscere al momento in ciascun caso la sede e na-
« tura della cagione dello strozzamento per trarne sen-
« sibili vantaggi nella cura dell' ernie strozzate.

Le nostre ricerche adunque dovranno rivolgersi al-l' esame della sede e natura tanto degli strozzamenti interni, quanto degli esterni, onde potere stabilire per quanto è possibile alcuni principî per servire di norma, onde non isbagliare la diagnosi della malattia.

I pratici sono discordi nel classificare i diversi strozzamenti: generalmente si è poco detto, o per nulla valutata quella specie di strozzamento interno e misto, e solamente si è tenuto ragione dell' esterno senza darsi affatto carico, che soventi volte a trista piega le cose volgevano, avvegnachè lo strozzamento esteriore fosse del tutto rimosso. Da quì è derivato, che non rade volte dopo l' operazione comunque praticata da abili professori i sintomi sono continuati e n' è seguita la perdita dell' infermo. Il supporre con altri che lo strozzamento possa solamente esser prodotto dall' anello inguinale ed il non conoscere che non di raro proviene dal collo del sacco erniario ha dato occasione a funeste conseguenze. Di quì è seguito che alcuni chirurghi hanno creduto nell' operar l' ernia di avere riparato al male solo per aver dilatato l' anello, mentre lo strozzamento stava in altro sito come la incisione de' cadaveri ha dimostrato.

Quindi a ragione Dupuytren dichiarava erronea l' opinione di coloro che credono essere in tutti i casi lo strozzamento esercitato dall' anello sopra l' intestino e derivava da un tale inganno i cattivi risultamenti, che sì di frequente succedono alla operazione.

§. IX. Tutti gli strozzamenti riguardo alla sede si possono dividere in tre specie; esterni, interni, e misti. Quelli, che hanno la lor sede nell'anello inguinale, o nel collo del sacco appartengono alla prima specie. Credevasi dagli antichi che lo strozzamento poteva solamente accadere nell' anello inguinale: Riverio Schenchio e

Littre furono i primi a notare che poteva pure derivare dal collo del sacco erniario, verità, che fu in appresso corroborata da Arnaud e da Ledran, illustrata da Scarpa, ed in ultimo ripetuta da Dupuytren e da Velpeau.

Soggiunge inoltre Scarpa che lo strozzamento può aver luogo non solo nel collo del sacco erniario, ma bensì, comunque raramente, nel suo corpo or verso il mezzo ora in vicinanza del fondo. E' raro ben anco l'osservare in pratica, che lo strozzamento contemporaneamente proceda dall' anello inguinale e dal collo del sacco: solo una volta l' abbiamo incontrato: e questo fatto fu da Richter accennato (d), e poscia da Scarpa e da Dupuytren più diffusamente illustrato, quantunque nè l' uno nè l' altro ci avessero dato delle idee precise e chiare sopra argomento sì interessante. Tutti gli stringimenti intestinali prodotti dall' attortigliamento di una o più anse, o da vizio di struttura, o da un apertura anormale nella quale le viscere s' insinuano, o in fine per aderenze formatesi fra esse e le parti adjacenti, costituiscono gli strozzamenti interni dei quali precedentemente si è fatto parola. Richter riferisce, che l' ernie possono alcune volte osservarsi attraverso del diaframma e del mesentero, e presentare tutti i fenomeni dello strozzamento; ed Arnaud dimostra, che le parti contenute nel sacco erniario possono talvolta divenir causa della loro incarcerazione per l' attortigliamento dell' intestino in modo da conformarsi come l' otto in cifra, e stabilire delle anormali aderenze.

Altre volte l' omento può dare origine allo strozzamento interno per una lacerazione o un' innormale fenditura, dentro la quale s' impegna un' ansa intestinale, circostanza ch' è stata sin dai tempi di Callisen conosciuta. Dupuytren finalmente riferisce un caso di strozzamento, la di cui sede era nel lato interno del pube: non equivoci segni dice palesarono uno strozzamento: io eseguii l' operazione, ma non trovai nel sacco, che una porzione di epiploo, trassi fuori l' intestino, e vi-

di, che la cagione primitiva dello strozzamento era nell'addomine ».

A questa specie di strozzamenti sembra a parer nostro dovessero appartenere tutti quegl' interni stringimenti degl' intestini, che il volvulo costituiscono, e che derivano da una causa interna e costituzionale, oppure da una causa meccanica, siccome verrà di qui a poco per una osservazione che ci appartiene confermato.

Per quel che riguarda gli strozzamenti misti dei quali Dupuytren di passaggio ha fatto qualche cenno, pensiamo ch' essi debbano considerarsi sotto due forme diverse. La prima ha luogo quando lo strozzamento è doppio, quando l' ansa intestinale cioè venga strozzata e dall' anello inguinale insieme e dal collo o dal corpo del sacco erniario: la seconda, ove i sintomi siano tali che faccian supporre sebbene falsamente un esterno strozzamento, mentre che questo è avvenuto nelle parti interne e nella cavità addominale. Nel primo caso si osserva, che non ostante sia vinta la resistenza dell' anello inguinale o col tasside o colla operazione e l'ernia sia rientrata in massa, non di meno i sintomi dello strozzamento persistono e sovente succede la morte dell'infermo: di un tanto avvenimento fu testimonio Scarpa » Ho veduto, dice egli, non ha guari, accadere la morte in un fanciullo di tredici anni, nel quale sussistevano tutti i sintomi di ernia incarcerata, ancorchè questa fosse stata riposta compiutamente per quanto si poteva giudicare colla vista e col tatto. E per verità nel cadavere di questo fanciullo non eravi esternamente la più piccola apparenza di tumore nella regione dell'inguine. Ma aperto il ventre si conobbe tosto che l'intestino ancora strozzato dal collo del sacco erniario era stato respinto unitamente al sacco istesso di là dell'anello, ove vedevasi aggomitolato fra le parti aponeurotiche dell'addomine ed il gran sacco del peritoneo». Una simile osservazione occorse a noi in persona di un contadino di Morreale che cognominavasi Profeta: lo stesso fatto più volte ha dovuto pre-

sentarsi a que' chirurghi i quali per forzata manovra di tasside procurarono la riduzione dell' ernia, e mentre credevano di aver bene adempito al loro officio, videro non pertanto continuarsi i sintomi di strozzamento e l'ammalato morirne: la incisione del cadavero svelò dappoi l' involontario errore, siccome Richter e Desault il contestano.

Abbiasi adunque a massima che ove l' ernia sembri felicemente risposta e ciò non ostante i sintomi di strozzamento continuino, è da conchiudersi, che esista tuttavia lo strozzamento per opera del collo del sacco: a proposito ci valgano di conforto i nomi di Ledran, di Lafaye, e di Arnaud.

Ci giova pure rammentare quello di Dupuytren, il quale parla di un caso analogo annoverandolo nella classe degli strozzamenti misti. Adoperati tutti i mezzi di riduzione e creduto che l'ernia si fosse ridotta, pure i sintomi durarono ostinati, e con tal vigore, che in breve ne morì l'infermo. La dissezione del cadavero appalesò che dietro l' arcata crurale esisteva un tumore formato dall'intestino, grosso quanto la metà di un pugno e di un color rosso livido, il quale conteneva un seno d' intestino gangrenato. Una porzione di epiploo era dentro il sacco, e lo strozzamento era mantenuto dal suo collo.

Dal già detto chiaro emerge, che tutti gli strozzamenti variano a norma della sede diversa che occupano, e che rare volte ci presentano sintomi propri e particolari relativi a ciascuna alterazione, che si offrono talmente confusi ed incerti, che fanno talvolta scambiare una malattia con un altra inducendo a pronunziare falsi giudizî sulla vera diagnosi.

Allorchè lo strozzamento accade nel collo del sacco erniario riferisce Dupuytren, che per la mobilità che questo presenta e per la cedevolezza delle parti può respingersi in massa il tumore e senza rumore alcuno nella totalità la metà il terzo ed anco il quarto dell' ernia dalla parte del ventre e farla uscire appresso. Ma per potersi ciò effettuire, bisogna che l' ernia sia

cilindroide, il canale largo, e non aderente il peritoneo.

Or si concepisce benissimo, che non tutti i casi di ernia presentano queste circostanze; ma che al contrario sovente sono accompagnati da ristrettezza nel canale nello stato acuto, e da numerose aderenze degl' intestini colla tunica peritoneale nello stato cronico. L'ernia al contrario, continua Dupuytren, è quasi immobile qualora lo strozzamento ha luogo nell' anello, nel canale, e nell' orifizio superiore per l' inflessibilità delle parti. Tutte le volte, egli prosiegue, che lo strozzamento si avveri all' orifizio inferiore del canale inguinale, o nell' anello propriamente detto, il tragitto di questo canale è vuoto cedevole ed indolente al tatto, e l' anello sembra stretto duro e teso. Al contrario se lo strozzamento ha la sua sede nel collo del sacco erniario, o nell' orifizio superiore del canale inguinale, questo è sempre pieno duro dolente, e toccandolo si sente un tumore cilindrico diretto dal basso in alto e da dentro in fuori. Ma queste nozioni non bastano, perchè con certezza si possa determinare il sito dello strozzamento, imperocchè i divisati caratteri vengono ordinariamente confusi, ed oscurati restano da svariati fenomeni che per le molte complicazioni sorgono a rendere più tenebrosa la diagnosi suddetta; ed è perciò che in siffatti incontri i più esperti chirurghi cadono in inganno. E però cade a proposito ripetere con Richter che il pericolo più o men grande, più o meno pressante non dipende soltanto dalla natura delle parti contenute nell' ernia, ma eziandio dalla specie di strozzamento e dal luogo dell' ernia.

§. X. La serie degli strozzamenti ci presenta un' quadro assai esteso di alterazioni, le quali variano a seconda degli organi diversi che formano l'ernia, e delle numerose circostanze particolari, ed alterazioni patologiche da cui è predominato l' organismo dell' infermo; la durata della malattia, e finalmente le cause diverse che vi hanno dato luogo.

Tutte queste complicazioni costituiscono due specie principali di strozzamenti, acuti cioè e cronici. Una

tal distinzione sarà successivamente rischiarata, siccome la materia ci porgerà argomento di parlare sull' obbietto.

Le viscere che ordinariamente si rinvengono nell' ernie sono, siccome abbiamo detto, gl' intestini gracili il colon e l' epiploo. Ciascun comprende, che lo strozzamento degl' intestini viene accompagnato da pericolosi accidenti per l'intercetto corso delle materie fecali non solo, ma per lo sviluppo di una intensa infiammazione, che rapidamante si svolge e percorre i suoi stadî e può facilmente diffondersi lungo il canale inguinale agli organi vicini, e da questi estendersi al peritoneo, oppure passare in gangrena.

Nello strozzamento dell' epiploo all' incontro i cennati sintomi sono meno intensi, dappoichè esso non esercita l' uguale impero sull' economia animale, sebbene siansi osservati degli esempî nei quali l' ernia epiploica produsse funeste conseguenze, ove l' infermo non fu prontamente ajutato. Una tale morbosa propagazione non può altrimenti spiegarsi, che per lo stringimento esercitato dall' epiploo sullo stomaco e grosso intestino, o per una reazione simpatica trasmessa dai filetti del nervo trisplancnico. Alle volte gl' intestini e l' epiploo sono strozzati dall' istesso anello, e l' epiploo è disposto in maniera che forma un involucro all' intestino, come un secondo sacco, e diviene causa di doppio strozzamento. Louis e Desault riferiscono osservazioni, in cui l' epiploo formava un sacco attorno l' intestino in guisa che per mettere questo allo scoperto fu d' uopo incidere l' involucro costituito dall' epiploo, e questo accidente fu ben' anco osservato da Volpi in un caso di antica ernia enteroepiploica scrotale, e Richer e Ledran ne han fatto pure menzione. Pott ha riferito darsi dei casi in cui l' omento dopo di essersi indurito e ridotto in massa premeva fortemente sull' intestino nel sacco erniario da destare tutti i sintomi d' incarcerazione. Lebrone Moret ed Hoin infine dicono di avere osservato alcuni esempî, nei quali l'intestino uscito fuori non avea altro sacco che l' epiploo. Senza defrau-

dare al merito di questi ultimi autori noi guidati dai lumi dell' anatomia patologica facciamo osservare, che una tale asserzione sembra non più che una semplice assertiva, dappoichè non sappiamo concepire come si possa produrre l' ernia senza sacco da una viscera che trovasi entro il peritoneo il quale deve di necessità precederne l' uscita e costruirle un involucro: solamente può verificarsi il caso in seguito di larghe ferite penetranti nella cavità del peritoneo, poichè comunque siensene esattamente ricongiunte le margini, giammai s'innesta esattamente il peritoneo diviso, e per l'azione di cause valevoli a produrre l' ernia il peritoneo si allarga e permette attraverso la cicatrice il passaggio delle viscere che si presentano a nudo fra gli altri tessuti. Pretendeva Arnaud che esser dovevano senza sacco l' ernie che seguivano a gravi contusioni sulle pareti addominali riportate, e Garangeot che pur tali si dovevano presentare quelle altre che spuntavano subitamente per uno sforzo violento, perchè in entrambi i casi il peritoneo restava lacerato; ma vi abbisognano ulteriori fatti onde tener per ferme queste opinioni (e).

Lo strozzamento non si mostra in tutte le circostanze colla medesima intensità: ne' giovani, in quelli di temperamento sanguigno, negl' individui di una valida costituzione si mostra più violento, che nelle circostanze opposte: ma sommamente è d' attendersi onde poterne approssimativamente calcolare la energia e la violenza all'epoca dell'ernia, alla natura delle viscera protrusa, ed alla cagione dello strozzamento: e generalmente debbesi tenere per più grave quello che si manifesta sulle ernie recenti, sulle intestinali, e poichè quando la malattia è antica l' apertura erniaria trovasi di molto allargata, e come ritondata negli orli quasi taglienti, e le viscere ne rimangono meno strette; egualmente quando insieme coll' intestino trovasi una porzione di epiploo, questo alla maniera di un cuscino tutela e garantisce l'altro dalla forte costrizione; finalmente lo strozzamento dall'apertura erniaria e quel-

lo dal collo del sacco si debbono tenere per più intensi degli altri che possono essere prodotti dalle svariate cagioni innanti enumerate.

Allorchè nè per le forze di natura nè per i soccorsi dell' arte lo strozzamento si toglie, la infiammazione diviene più gagliarda e vivace, e dalla località si diffonde entro l' addomine, ed invade più o men del peritoneo o delle intestina, e dal centro del tumore si espande ai tessuti circostanti e fino sulla pelle si manifesta. Ed è talvolta la infiammazione così violenta che per la sua intensità ne muojono gl' infermi coi più dichiarati fenomeni della peritonite o della enterite, oppure per la gangrena delle parti dalla flogosi colpite (f) Ma tal altra volta la flogosi rimane al solo tumore limitata e circoscritta, ed or v' induce la suppurazione, tal'altra fiata la mortificazione più o meno diffusa: dalle quali ne rimane l' intestino più o meno ampiamente aperto e distrutto. Essendo stretto l'orifizio vi è tutta la speranza di veder l'infermo guarito, poichè la fistola stercoracea che ne seguita è facile a guarirsi o naturalmente o co' soccorsi di arte: essendo più estesa la mortificazione, si ha pur talvolta la soddisfazione di vederla limitare, e seguirne dappoi la separazione delle parti già mortificate, e risultarne l'ano innormale, che pur l'arte può riuscire a guarire adottando nel maggior numero de' casi l'ingegnoso enterotomo di Dupuytren.

E però il chirurgo non sarà giammai abbastanza sollecito nel caso di strozzamento ad operare tutti gli espedienti onde superarlo; e riuscendo essi infruttuosi, ad eseguire la operazione: giammai potrà accadere tanto danno dall' erniotomia anticipatamente praticata quanto ne potrebbe derivare per averla troppo tardi eseguita. E secondo lo stato delle viscere così prenderà diverso temperamento di condotta, come viene dalle seguenti osservazioni mostrato.

Ernia inguinale destra strozzata ad un tempo dall' anello e dal collo del sacco; guarita per l'operazione.

Storia I.ª— Antonino Mancuso di Palermo, di anni 54, di temperamento sanguigno, di vigorosa costituzione, mozzo di stalla di mestiere, nel terzo lustro di sua età, come ei ci riferì, sollevando dal suolo un grave peso soffrì acuto dolore nel basso ventre e precisamente verso l' anello inguinale destro, ove portando la mano rinvenne un tumore pari ad una noce, che crescendo sempre più eragli di grave molestia. A reprimere lo stato di generale irritazione che ne seguì a consiglio di un medico usò il bagno tepido e una bevanda antiflogistica: dopo venti giorni il tumore scomparve, nè più si manifestò in appresso. In ottobre del 1837. senza veruna precedente cagione un tumore riapparve alla sinistra anguinaja, ma dileguossi sotto l'azione permanente di una fasciatura compressiva. A prevenire consimili accidenti il Mancuso applicò il brachiere che presto abbandonò lusingandosi di aver ottenuto guarigione. A di 8. gennajo 1838. nell'alzar grave peso sentì acuto dolore alla destra anguinaja, nella quale un tumore vi spuntò: successero subito vomito, dolori atroci e per tutto l' addomine diffusi, ansietà, inquietudine ec. Dopo tre ore il tumore eguagliò il volume d'un uovo di oca.

L'infermo stesso tentò di ridurre l' ernia, ma invano: nella sera del medesimo giorno fu perciò trasportato in questo grande spedale, dove il tumore diligentemente osservato offrì i fenomeni di un' ernia acuta, i quali forse ebbero maggiore aumento per avere l'infermo nel giorno innanti mangiato una zuppa di lenticchie. Un generoso salasso dal piede, trenta sanguisughe alla periferia del tumore, un bagno caldo, i clisteri mollitivi, ed i cataplasma di malva e lattuga, non che l'applicazione della pomata di belladonna furono i compensi, che prontamente si adottarono; ma niune immegliamento si ottenne, che anzi nel mattino

seguente era più grave lo stato dell' infermo; ed il singhiozzo continuo, ed il vomito stercoraceo, e il meteorismo innoltrato, e la ostinata costipazione venivano accompagnati da una febbre ardente e risentita: nè i reiterati salassi generali nè i locali prestarono alcun prò, nè manco tutti gli altri spedienti che l' arte provvida all' uopo consiglia.

Conosciuta la necessità della operazione, preparato l' apparecchio e collocato convenevolmente l' infermo, fu da noi eseguita. Pervenuti al sacco erniario, incidendo strato a strato le lamine esteriori, e sollevando colle pinzette le più profonde, le incidemmo orizzontalmente fino a penetrare nella cavità di esso. Uscì sufficiente quantità di liquido sieroso-sanguinolento, circostanza, che contribuì a facilitare l'operazione. Dilatato quel piccolo foro su di una tenta scanalata e spintovi entro il dito colla forbice curva ed ottusa tagliammo il sacco per quasi tutta la sua estensione. Per questa apertura si osservò l' ansa intestinale di un colore poco dal naturale diverso. Ricercando coll' indice la sede dello strozzamento si trovò precisamente nell' anello: facemmo scorrere a piatto lungo il dito il bistorino bottonato, e pervenutane la estremità oltre l' anello ne rivolgemmo direttamente il tagliente in alto, e la incisione in tal guisa diretta fu continuata fin sotto la parte media del pilastro interno, cioè per circa tre linee, il qual dilatamento permise a sufficienza il passaggio del dito nella cavità addominale: si cominciò a praticare la riduzione, ma senza alcun prò: un ostacolo si avvertì al di là dell' anello, il quale nell' atto che si cercava di rimettere l' intestino in cavità lo respingeva verso l' esterno: era un' altra ansa ecchimosata leggermente con un cappio che formava un secondo strozzamento: tosto si trasse fuori l' ansa intestinale, si troncò quella briglia che ne impediva la riduzione, e questa divenne poi facile e pronta.

Il sacco erniario non potè ridursi e per le forti aderenze cogli esterni margini dello anello e principal-

mente nella parte inferiore dei pilastri, formati dalla separazione delle fibre del grande obbliquo addominale, e per essersi di troppo ingrossato e indurito, presentando in alcuni punti degli strati membranosi compatti gli uni soprapposti agli altri. La ferita fu medicata al solito. Si prescrissero per bevanda delle limonee, e cataplasmi ammollienti sull'addomine: tre ore dopo l'operazione ricomparve il vomito, ed i sintomi d'infiammazione ed il meteorismo persistevano in alto grado: dal braccio fu cavata mezza libbra di sangue e numerose mignatte furono sul ventre applicate: si sospesero le limonee per la pertinacia del vomito: nella sera i polsi erano vibrati e resistenti; la lingua arida, il ventre tumido, il secesso nullo: si riaprì la vena, e si applicarono 20 altre mignatte: a quattr' ore della notte ridestossi il vomito, e tra le materie escrementizie si distinsero ancora le lenticchie che l' infermo aveva ingollato nel giorno precedente allo strozzamento: la febbre e il meteorismo si videro per poco diminuiti; l' infermo fu tuffato nel bagno. Tolto l' apparecchio videsi il sacco erniario uguale al volume di una grossa pera colla base circoscritta e aderente al margine esterno della ferita. Si prescrisse olio di mandorle dolci collo sciroppo di altea, si somministrarono le bevande rinfrescanti, si continuarono i cataplasmi ammollienti sull' addomine, ed altre 20 mignatte si applicarono sopra il medesimo: nella sera la febbre fu più gagliarda, l'infermo più inquieto e smanioso, gli ipocondrî assai dolenti: adoprossi un clistere di olio di lino. La notte fu agitatissima; il dolore degl' ipocondrî acerbissimo, i polsi vibrati, la febbre ardente. Si reiterò il bagno ed il clistere. Ciò non ostante fuvvi nausea, il meteorismo crebbe, e l' infermo vomitò materie liquide frammiste pure a lenticchie: si diè nella sera un terzo bagno al quale successero copiose scariche ventrali. La febbre fu più moderata, i polsi meno duri, ma continuò nel medesimo grado il meteorismo: la piaga si presentò regolare; si usarono solamente limonee. Nella sera nessuna novità: la notte fu tranquilla; parec-

chie egestioni di materie cretacee e assai puzzolenti allegerirono il patire dell'infermo e sciolsero il meteorismo. Nel cambiar l'apparecchio sgorgò dalla piaga gran copia di fetido pus, e si osservò il sacco in parte mortificato: la medicatura fu semplice al solito. Si osservò, che un' altra porzione del sacco lungi dal mortificarsi nutrivasi, e si lasciò per servir di turacciolo all' orifizio dell' anello: l' infermo sensibilmente immegliò, e nello spazio di pochi giorni rimase guarito.

Riflessioni.—Era osservazione di Dupuytren corroborata dalla ragione e dall' esperienza, che la maggior parte dell' ernie inguinali venissero strozzate dal collo del sacco erniario, ed esser falso, che la sede primitiva di ciascun ernia incarcerata fosse l'anello. Arnaud e Ledran conobbero questa verità, che poscia fu illustrata dal celebre Scarpa. Anche gli egregî Roche e Sanson ammettono il fatto appoggiati alla propria esperienza. E il dotto Monteggia avvisa sul proposito, che l' intestino può essere strozzato o dall' omento da cui viene ristretto, o dal collo del sacco erniario, o dall' anello inguinale. Perlocchè a buon dritto notava il clinico di Pavia non essere così rare, anzi frequenti ad osservarsi l' ernie strozzate dal collo del sacco indipendentemente dall' anello inguinale. Nel caso innanti esposto, oltrechè un' ansa intestinale era strozzata dal collo del sacco erniario, vi stava un secondo restringimento nell' anello inguinale, il quale strozzava un' altra porzione d' intestino, e l' anello era ristretto in modo che sarebbesi ingannato chiunque nel crederví esclusivamente la sede dello strozzamento.

Una tale complicazione non essendo stata generalmente sanzionata nella pratica di operatori anco più esperti, merita a nostro parere che se ne formi un'oggetto della più seria attenzione. Dupuytren accennò in teorica una simile complicazione: talora dice egli vi sono da rimuovere due strozzamenti invece di uno, ed esiste insieme un leggiero restringimento nell'anello, ed un restringimento più forte nel collo del sacco. Bisogna tener presente, che in tal caso i sintomi sono molto

incerti ed ingannevoli, nè si può con esattezza e fermezza pronunziare un giudizio sulla sede dello strozzamento. Sarà questo articolo tutto affidato all' accortezza, sagacità, ed esperienza del chirurgo operatore, il di cui scopo principale dovrà esser quello di conoscere la sede della malattia, e se havvi uno o doppio strozzamento: eviterà in tal modo quei tristi risultamenti che spesso succedono dopo la riduzione dell' ernia in massa, del che molti pratici sono stati spettatori. Dalle limitate conoscenze dell' anatomia patologica spinti eglino in inganno, credettero essere la sede dello strozzamento nello anello inguinale, e quindi limitando le loro operazioni al semplice sbrigliamento di esso sforzaronsi di ridurre l'ansa intestinale, e parea loro di esservi riusciti con felice successo; ma la persistenza dei sintomi dello strozzamento e più la incisione del cadavero svelavano l' errore commesso.

Dupuytren in comprova del già detto riferisce di aver egli medesimo osservato un' operazione di ernia, in cui dopo tagliato l' anello le parti rientrarono, ma gli accidenti dello strozzamento pur tutta volta persistevano, e volendosi questi morbosi fenomeni attribuire ad un' intensa peritonite, l' ammalato morì. Fatta la sezione cadaverica si rinvenne, che lo strozzamento era costituito dal collo del sacco erniario. Noi medesimi abbiamo osservato una donna operata da un nostro collega morire con tutti i sintomi dell' incarcerazione, che alcuni attribuivano all' entero-peritonite sopravvenuta all' operazione; la necroscopia fece chiaramente vedere, che l'ansa intestinale non era introdotta in cavità e trovossi strozzata nel collo del sacco; e se l'operatore fosse stato diligente nel trarre fuori l' ansa dell' intestino apparentemente introdotta, ed avesse tolto il secondo strozzamento, avrebbe salvato l' inferma. In tal caso conviene mettere la più scrupolosa attenzione nel ridurre l' intestino in cavità, giacchè sovente avviene, che esso si nasconde fra il peritoneo l'aponeurosi ed i muscoli, o fra i varî strati muscolari dell' addomine, e confondesi l' ostacolo che dipende dal collo del sacco con quello

che deriva dalla strettura dell' anello posteriore del canale erniario ; allora vi si complica un secondo strozzamento all' orifizio interno dell' anello o l'ansa dell'intestino è corta.

Leggesi nel Giornale a compimento del dizionario delle scienze mediche, settembre 1828, un caso interessante di ernia strozzata , in cui dopo che fu apparentemente creduta riposta la viscera crebbero i sintomi con tale violenza che l'infermo ne rimase vittima. L' autopsia del cadavere fece chiaramente conoscere la vera cagione della morte. Un simile infortunio toccò di osservare a Ledran in un caso d'ernia strozzata, nel quale praticata la riduzione i sintomi dello strozzamento continuarono, e in pochi giorni la perdita dell'infermo ne fu la conseguenza. La cadaverica dissezione mostrò che il collo del sacco, in cui chiudevasi l'intestino, tenevalo strozzato. Abbiam creduto a proposito riferire le antecedenti osservazioni , onde richiamare l' attenzione dei giovani chirurghi più che dei vecchi pratici nelle complicazioni di tal fatta, ove la loro poca avvedutezza potrebbe dar luogo ad accidenti mortali, e far nel tempo stesso rilevare , che grazie ai lumi della patologia chirurgica sono assai meno le perdite che al giorno d' oggi avvengono dopo le operazioni dell' ernie strozzate dal collo del sacco , e con altre complicazioni.

La rapidità del processo infiammatorio e l' intensità con cui i sintomi incalzavano di un' ora all'altra ci fecero con fondamento caratterizzare l' ernia per acuta quantunque il fatto l' avesse cronica dimostrata : la spessezza del sacco erniario, la sua cedevolezza e l' ingrossamento della tela aponeurotica superficiale della guaina muscolare e tendinosa del cremastere e della cellulosa esteriore del peritoneo , che costituiva l'enorme massa, furono cagioni sufficienti a persuaderci della lunga data della malattia. Le fibre carnose inoltre del muscolo cremastere per la moltiplicità delle briglie e delle aderenze erano sì strettamente unite ai margini dell'anello inguinale, che a stento vi si potè introdurre la tenta. Tali alterazioni mostrano ad evidenza l'an-

tica durata dell' ernie, siccome il dimostravano Scarpa Arnaud e Graefe nell' occasione che lor si presentò di imbattersi in casi d' ernia cronica, in cui la superficie del sacco erasi talmente indurita e addensata che offriva la spessezza di mezzo pollice.

Or si domanda, la violenza dei sintomi nacque per lo strozzamento prodotto dall' anello inguinale o da quello del collo del sacco erniario? noi pensiamo essere avvenuto per la tendenza che ha il peritoneo dislogato a ritirarsi e ad incresparsi, per effetto dell'infiammazione cronica del sacco unitamente al cremastere cagionata da qualche forte pressione atta a corrugarlo e farlo ingrossare in modo che produca un cercine nel suo collo, ed in ultimo per la contrazione spasmodica dei muscoli prodotta dallo sforzo violento sufficiente a promuovere lo strozzamento di ambidue i punti che facevan ernia, da cui trasse origine l'uscita del tumore erniario verso l' esterno. L' intensità dei sintomi adunque non dovrà attribuirsi allo strozzamento dell'anello, ma a quello del collo del sacco erniario, i di cui orli per l'antichità della malattia erano divenuti callosi e ritondati e fortemente stringevano. I margini, dice Scarpa, formati dal peritoneo ripiegato a modo di falce sono sottili e taglienti, per cui lo strozzamento da esso prodotto è più pericoloso di quello dell' anello i di cui margini sono rotondi e l' apertura è più larga. Arnaud e Cooper fan menzione d'un doppio e triplo stringimento del sacco erniario a differenti distanze nel tratto dell' ernia scrotale. La forma del sacco in oltre può essere variabilissima, e se ne sono veduti alcuni, come riferisce Velpeau, con due tre e fin quattro colli. Una tale complicazione è stata con chiarezza esposta da Arnaud e da Scarpa. Se un' ernia, dicono essi, che da tempo sia stata ridotta nuovamente ricomparisse e ad un tratto, ne avverrebbe, che il collo del primo sacco essendo molto stretto e però incapace a dar ricetto ai visceri sarà da questi spinto fuori insieme ad un' altra porzione di peritoneo, che formerà un secondo collo.

Abbiamo detto nell' esposta osservazione essere il sac-

co erniario rimasto verso la parte esterna per le numerose aderenze, che si erano formate (g).

Ernia inguinale destra strozzata dall' anello; guarita per l' operazione.

Storia II. — Carlo Campanella cuoco di mestiere di anni 47, di temperamento sanguigno-bilioso, era da più anni molestato da un' ernia inguinale destra, riducibile. Addì 11 ottobre in seguito d'un violento sforzo sentì uscir fuori l'ernia, la quale divenne dolente ed irreducibile: il vomito, il singhiozzo, il meteorismo, la costipazione del ventre, la febbre ardente, i polsi celeri vibrati e duri indicavano chiaramente la incarcerazione dell'intestino: il giorno appresso l' infermo si ricoverò in questo grande spedale. Fu subito praticato un generoso salasso dal piede, ed un secondo dal braccio, e trenta mignatte furono applicate sul tumore: si usarono di poi il bagno generale, i cataplasmi ammollienti, i clisteri etc. Ma da questi compensi non si ricavò nessun profitto, e però si passò subito alla operazione.

L' incisione cutanea di circa tre pollici fu diretta verso l'anello, quindi si divisero le lamine cellulose sottostanti sulla solcatura della tenta: pervenutosi al sacco fu tagliato cautamente pur sopra la tenta, e si scoprì l' intestino ecchimosato ed in parte leggermente aderente all' epiploo, da cui riuscì facile distaccarlo colle cesoje curando di non intaccarlo. Ricercata la sede dello strozzamento, si trovò precisamente nell' anello inguinale, di cui fu alquanto difficile lo sbrigliamento atteso ch' era molto sull' intestino coartato, anzi fu d' uopo inciderlo in due punti non essendosi creduto bastevole una sola incisione, e si adottò il bistorino di Cooper del quale sempre facciamo uso nell'ernia crurale. Assicurati che nessun'alterazione esisteva nell'ansa intestinale incarcerata, si passò alla riduzione, la quale riuscì assai facile, e fu medicata convenevolmente la ferita.

Si prescrisse una bevanda di giulebbe di cedro nell'acqua: poche ore dopo l'operazione la febbre si riaccese,

il meteorismo e gli altri sintomi flogistici divennero più intensi: una copiosa sottrazione di sangue per le mignatte appiccate sul ventre ed il bagno tiepido scemarono in parte i sintomi ruinosi dell' infiammazione. Nella notte l' infermo fu inquieto, la febbre più ardita, e gli altri sintomi aumentarono con essa: s' insistè nei mezzi di sopra indicati, si aggiunse l'olio delle mandorle dolci con giulebbe d'altea, e le bagnature di posca fresca sull'addomine. E perchè nell'infermo notaronsi segni di aneurisma al cuore, da cui da lunga pezza veniva travagliato, sì riferì il risalto arterioso alla diatesi aneurismatica e si sostò dalle ulteriori emissioni sanguigne.

Or comunque l' operazione fosse stata regolarmente eseguita, ciò non pertanto la pertinacia del singhiozzo, del vomito, e della costipazione ventrale che durarono per tre giorni, ci fece sorgere il dubbio o della rottura dell' ansa intestinale nel punto della suggellazione, o che i sintomi procedessero dalla enteroperitonite. E però s' insistè sui cataplasmi mollitivi e sul bagno cui seguirono copiose evacuazioni alvine con sollievo dell' infermo e diminuzione de' sintomi infiammatorî; la febbre scemò di assai, e fecero tregua i dolori addominali.

Nel quarto giorno dopo l' operazione rimosso l' apparecchio, l' anello trovossi chiuso pel turgore flogistico dei tessuti circostanti, e la piaga in buon aspetto; continuarono le scariche ventrali e sempre con immegliamento dell' operato.

Nel sesto giorno ogni cosa procedette in bene. Il governo fu come sopra: somministrossi un brodo tenue di pollastro.

Nell' ottavo giorno, la piaga si presentò in buono stato, il ventre era molle, i polsi larghi e regolari: si consigliò un lasco brodo e limonee vegetabili. Nelle ore pomeridiane si ridestò la febbre, ma mite, vi fu sete molesta: solo si usarono le limonee.

Nel nono giorno, la febbre si sostenne, i polsi si presentarono celeri e duretti, le gote di color di ro-

sa, le pupille ristrette, la congiuntiva arrossita, il calore della pelle urente. Si prescrissero brodi e limonee, come sopra.

Nel decimo giorno il tutto tornò in calma, e la febbre era quasi spenta. Addì 27 ottobre, dodicesimo dell'operazione, la piaga erasi del tutto saldata, e l'infermo fu congedato.

Riflessioni. — La precedente osservazione ci offre l'opportunità alle seguenti domande.

1.ª L'ansa intestinale strozzata livida e non spappolata doveasi rimettere in cavità o lasciar fuori?

2.ª L'aneurisma del cuore contribuì ad aggravare i sintomi prodotti dall'ernia?

3. I sintomi che seguirono all'operazione derivarono dalla gangrenosa suggellazione dell'intestino, ovvero dall'intensa peritonite?

Se si pon mente a quanto precedentemente si è narrato non è difficile giustificare la riduzione dell'ansa intestinale ecchimosata. Imperocchè comunque sembrava gangrenata pel colorito livido, pure era nel fatto consistente; nè lo stato di alterazione era così inoltrato da esigere opposta condotta. Laonde il lasciarla fuori sarebbe stata grave colpa, perocchè l'aria vi avrebbe recato danno maggiore suscitandovi la flogosi più ardita. Giusto quindi ne fu il rilogamento, e quante volte in casi somiglievoli il chirurgo riman fuora del ventre un pezzo d'intestino semplicemente ecchimosato, quale era nel caso precedente, di leggieri si comprende a quanti pericoli espone l'infermo. E viceversa imperdonabile errore commette quel pratico che spinge nelle cavità l'intestino colpito di gangrena, nella lusinga che il calore animale e la forza medicatrice della natura possano restituirlo in vita: le fecce sboccando per la rottura di esso dentro l'addomine dan luogo a irreparabili danni (h).

La diatesi aneurismatica a parer nostro non contribuì in altro, che ad accrescere quello stato di febbre ardentissima, la quale credendosi da principio unicamente derivare dalla irritazione dell'intestino per tutto

il sistema irrigatore diffusa ci obbligò a replicati salassi, cosa che fece scemare in parte il turgore della febbre e depresse il ritmo arterioso.

In quanto al terzo fenomeno morboso siamo di parere, che la persistenza dei sintomi di strozzamento debba ripetersi dalla intensità dell'entero-peritonite, e non già dall'intestino ecchimosato. E questa induzione vien confermata da' fenomeni morbosi che presentò il nostro infermo, analoghi a quelli che accompagnar sogliono la entero-peritonite, cioè i dolori vivi pungenti e brucianti in tutto l'addomine, la tensione del ventre, l'avanzato meteorismo, le coliche ostinate, il senso d'un' interna fiamma che arde le viscere, il secesso nullo, le nausee, i conati al vomito ed il vomito reale, la lingua arida e sporca con i margini e coll'apice rossi e nel mezzo rigata da una lista color di porpora, la sete inestinguibile. Aggiungasi, che nemmeno era da presumere la esistenza d'un processo di mortificazione, imperocchè in tal caso i materiali stercoracei si sarebbero effusi nel peritoneo con fenomeni più spaventevoli che costantemente finiscono colla morte preceduta da insensibilità ed afflosciamento delle parti, dal pallor generale, da freddi e vischiosi sudori, dalla prostrazione delle forze, dalla piccolezza ed abolizione dei polsi ec. D'altronde ben si comprende come l'infiammazione di un'ansa intestinale strozzata possa suscitare una violenta enterite o peritonite per continuità di tessuto, per le simpatie che gl'intestini esercitano cogli organi coi quali sono in rapporto, segnatamente col peritoneo. Non è questa la prima volta, che siansi osservati de' fenomeni gravi di entero-peritonite in seguito dell'infiammazione degl'intestini prodotta dal loro strozzamento, o dalla presenza di un corpo estraneo qualunque in essi intrattenuto.

Noi pensiamo, che ci sia lecito conchiudere che la persistenza dei sintomi di strozzamento nel nostro caso anche dopo eseguita l'operazione sia riferibile allo sviluppo dell'entero-peritonite. E raccomandiamo di tenersi sempre presente siffatta morbosa coesistenza nelle er-

nie strozzate, affinchè non s'imputi ad un secondo strozzamento la permanenza dei surriferiti sintomi. Pott rapporta un caso di peritonite da lui scambiata per ernia strozzata, e fu talmente illuso che ne imprese l'operazione. Il valente uomo conobbe lo sbaglio, cui non potè riparare, e la sezione del cadavere gli appalesò il fatale equivoco in tutta la sua chiarezza. Un pari infortunio accadde a Earle.

In comprova del già detto Velpeau, così si esprime: « Une foule de circostances peuvent en imposer pour une costriction de l' intestin chez les individus affecte's de hernies, la peritonite, par exemple quand elle est accompagnée de constipation, et de vommissents ».

Ernia inguinale destra strozzata dall' anello, guarita coll' operazione.

Storia III.ª — Era di bilioso temperamento e di gagliarda costituzione quantunque di 64. anni Antonio Ferro da Palermo, il quale facendo il mestiere di sarto, soffriva da lungo tempo l'ernia inguinale destra ch' era quanto un'ordinaria petronciana, e riducevala a piacere tutte le volte che l'ansa intestinale fuori ne scappava. A tenerla in sito non usò mai brachiere. Incarceratasi, nè più riuscendo a ridurla, si affrettò a chieder ricovero in questo spedale addì 14 gennajo 1837. Fù immerso più volte nel bagno, furono applicate molte sanguisughe sul tumore, si tentò il tasside, si ricorse alla neve, perocchè l'incarcerazione stimossi derivata da intasamento. Per l'inutilità dei divisati rimedi, e per l'accrescersi di ora in ora i sintomi dello strozzamento fu ad unanime consenso di molti professori deciso, che l'infermo fosse tosto operato.

Aperto il sacco erniario, con precauzione, ne fluì un liquido sieroso e vi si osservò una picciola porzione d'intestino incarcerato ed il resto era riempito e disteso da un' enorme massa d'epiploo, che pareggiava il volume di una mezza petronciana: era di figura conica, colla base allo scroto e l' apice verso l' anello. Discoverto l' inte-

stino, apparve ecchimosato di color bruniccio e leggermente suggellato in un punto; dilatato con accuratezza l'anello fu rilogato; e conosciuta pressochè ineseguibile la reposizione dell'epiploo, il quale per altro cominciato aveva a subire un processo di corruzione, stimossi util cosa d'involgerlo in una compressa spalmata di unguento cerato, e così garentito lasciarlo fuori. Fatta la opportuna medicazione, le fomentazioni lassative ed i clisteri di acqua di lattuga e di olio di lino furono bentosto praticati, e tosto fruttò il ventre copiose evacuazioni.

Nel giorno appresso la fisonomia era animata nel colorito, aumentato il calor della pelle ed il polso duretto e frequente; molesta era la sete, e la lingua presentossi coperta da una patina bigia in punta e rossa ne' margini. Si prescrisse un salasso dal piede, un bagno caldo, e si somministrarono pozioni rinfrescative, da cui l'infermo ne provò sollievo. La piaga offrì buono aspetto e marcia piuttosto di regolare qualità.

Nel terzo giorno il ventre era dolente, il polso celere e vibrante, e la fisonomia animata. Venti mignatte si fecero dapprima applicare alla regione addominale; quindi si apprestarono un'altro bagno generale, bevande con giulebbe di cedro, e brodo di pollastro: i sintomi calmaronsi; rimosso l'apparecchio, videsi l'epiploo mortificato in varî punti. Adopraronsi fomenta di posca sull' addomine e clisteri ammollienti cui successero larghe evacuazioni.

Nel 5.° giorno tutto era regolarmente: si passò un laccio alla base dell'epiploo, onde sollecitarne la caduta. Nel giorno appresso essendo l'epiploo gangrenato fu allacciato, ed il rimanente fu reciso: quindi quella porzione di epiploo allacciata cadde in mortificazione, e si troncò. La piaga divenne pallida e dal fondo sgorgava molta marcia saniosa, perlochè convenne ricorrere all'unguento di storace ed internamente alla limonea minerale; s'insistè nell'uso dei brodi di pollastro. In sei giorni l'infermo per siffatti ajuti riacquistando le forze immegliò. La piaga incamminossi alla cicatrice, e si concepì un fondato au-

gurio, di una sollecita guarigione: ma fu speranza fallace; poichè addì 29 giugno colpito l'infermo dal morbo asiatico, passò nello spedale de'cholerosi nel convento dei PP. Paolotti, nè più si ebbe di lui notizia.

Riflessioni. — La precedente osservazione dà a riflettere sopra due fatti.

Il primo riguarda la suggellazione dell'intestino che guarì per la sola opera della natura: ma è da tener per certo, che il processo gangrenoso non era spinto al di là del limite oltre il quale non è più in facoltà del poter vitale di risanare ciò che è distrutto. Il secondo si fu l'aver lasciato fuori la cavità quell'enorme massa di epiploo, e mercè la semplice allacciatura averne proccurato la mortificazione senza che disordine alcuno ne fosse avvenuto. Nei casi in cui l'ansa intestinale si presenti di un color rosso oscuro, la flogosi tiensi ancora tra il confine della vita e della morte; in simili casi, dice Richter, non si dovrà punto esitare alla sua riduzione, onde non rimanere l'intestino al contatto dell'aria ed alla compressione dell'apparecchio, il quale irritandolo perennemente, potrebbe accelerarne il passaggio alla gangrena, mentrechè allontanando la causa meccanica dello strozzamento, e rimessolo nella cavità addominale, l'infiammazione potrà facilmente e felicemente risolversi con giudizioso uso dei mezzi antiflogistici. Ma non è sempre nelle mani del chirurgo il poter arrestare il processo infiammatorio, che sovente si accresce e s'irradia nelle parti vicine con violenza tale che produce grave peritonite ascessi stercoracei e finalmente la cangrena stessa degli organi che ne sono affetti.

A conforto dell'argomento giova rammentare un caso di ernia inguinale strozzata dal collo del sacco, riferito dal Dupuytren, in cui l'intestino trovossi di color rosso violetto, che si estendeva fin dentro l'addome e di cui il punto più fortemente injettato, indicava il maltrattamento prodottovi dalle brusche manovre, colle quali si pretendeva ridurre l'ernia. Or nel mentre tutto presagiva felice risultamento, ebbe luogo un asce sso nel tes

suto cellulare che circonda il collo del sacco, il quale terminò colla perdita dell' infermo.

L' uscita dell' epiploo unitamente agl' intestini spesso suol complicare la malattia in modo, che richiama l'attenzione del clinico più accurato. L' epiploo, siccome abbiamo detto, abbenchè non fosse un organo tanto sensibile come lo sono gl' intestini, tuttavolta viene a costituirsi molto interessante per le aderenze ed i rapporti, che spiega cogl' intestini collo stomaco e precisamente col colon. Da quì nasce, che l'infiammazione si diffonde in questi organi tutte le volte che esso trovasi strozzato, siccome l' annunziano i dolori acuti allo stomaco ed agl' intestini, i vomiti e la febbre violenta, i polsi piccoli e concentrati, l'estremità fredde, ed i movimenti spasmodici, sintomi, che in simile alterazione morbosa si osservano, e che con chiarezza sono stati esposti da Garangeot da Schmucker e da altri. E l'infiammazione in seguito allo strozzamento dell' epiploo può divenire sì intensa da produrre la gangrena degli intestini e dello stomaco e terminare colla morte dell' infermo siccome Richter ebbe a notare.

Varie sono state le opinioni de' pratici intorno alla condotta che il chirurgo debbe tenere nei casi di strozzamento dell'epiploo. Alcuni hanno proposto la legatura dell'omento in vicinanza dell'anello inguinale, allorchè trovasi infiammato ecchimosato contuso duro steatomatoso voluminoso ed aderente al sacco erniario per molta estensione. Pretende Arnaud, che ove insorgessero accidenti tali, che ne soffrisse pericolo la vita dell' infermo le aderenze dell' epiploo subito si dovessero togliere. Richter all' incontro proscrive la legatura, perchè crede essere dannosa ed alcune volte mortale. Gli accidenti, dice egli, ed i pericoli che hanno obbligato il chirurgo ad eseguire l'operazione, sono in gran parte prodotti dallo strozzamento e dalla pressione dell'anello sull'epiploo. Tolta questa, viene ad istituirsi una pressione maggiore qual' è la legatura colla quale si procura uno strozzamento più violento, ed i sintomi vengono in gran parte ad aumentarsi, e ne sorgono ordinariamente in-

fiammazioni violente, suppurazioni e gangrene, o propagazione di flogosi a quegli organi coi quali l'epiploo ha connessione e rapporto. Convengono in tal parere i signori Pouteau e Pott; i quali alla legatura preferiscono la recisione.

Senza defraudare il merito di questi sommi chirurghi, faremo riflettere, che il taglio dell'epiploo riunisce molti disvantaggi e pericoli in confronto della ligatura. L' emorragia, per esempio, è un accidente a cui va soggetto l'infermo dopo la recisione, e tanto più grave che quell' emorragia con difficoltà potrà arrestarsi coll'uso degli stittici, che l'arte suggerisce e precisamente allorchè i vasi sono molto tumefatti e dilatati dalla massa del sangue: infortunio, che accadde allo stesso Richter, il quale fu obbligato di ricorrere all' allacciatura parziale separando in più fascetti l' epiploo, onde non far perire l' infermo di emorragia, ed impedire dall' altra parte, che il sangue si fosse travasato nella cavità del l' addomine dopo la riduzione.

L'allacciatura parziale dei vasi sanguigni dell'epiploo è un' operazione troppo lunga e difficile, oltre che sovente avviene che qualche vaso rimanga negletto e non allacciato, e da esso sgorghi il sangue in gran copia dopo riposto l' omento in cavità.

La legatura in massa adunque dovrà praticarsi con riservatezza per i pericoli che riunisce: l'abbiamo qualche volta eseguita allorchè l'epiploo cominciava a mortificarsi, ed in tal caso richiedesi molta accortezza nell' operare, perchè l'epiploo è divenuto corpo estraneo, di cui la natura istessa procura ogni mezzo onde sbarazzarsi: si abbia attenzione di passare il laccio alla base del tumore e di non stringerlo fortemente, per non dar luogo all'infiammazione d' irradiarsi ai visceri addominali e produrre accidenti gravissimi, siccome avvenne ultimamente ad un chirurgo che ignorando un tal precetto vide spirare di entero-peritonite un individuo da lui operato di ernia inguinale sinistra.

Nel caso poi che i sintomi di irritazione succedessero all'allacciatura troppo stretta, è sempre in potere del

chirurgo allentarla o troncarla, mentre non avviene così nell' istituire l' escissione e l' allacciatura parziale dei vasi sanguigni, non potendosi limitare gl' inconvenienti che sogliono tener dietro ad una tale operazione. Questa pratica d' altronde è stata confermata da Scarpa ed avvalorata dalle osservazioni di Hey.

Ernia inguinale sinistra strozzata, operazione seguita dalla morte dell' infermo.

Storia IV. —Giovanni Giordano da Palermo di anni 75, di temperamento sanguigno e di robusta costituzione, nel giorno 20 di ottobre fu ricevuto in questo spedale con una ferita lacera sul mento accompagnata da grave contusione e da commozione cerebrale. pochi minuti dopo fu sopraffatto da vomito ostinato, che dal chirurgo di guardia si attribuì alla commozione cerebrale: fu salassato generosamente nel braccio, e bevette delle limonate tartarizzate. Frattanto verso la sera presentò vomito continuo, singhiozzo, meteorismo, dolori addominali, polsi piccoli e concentrati, osservato l' infermo si notò, che la sola lesione del cervello commosso per controcolpo non poteva dar luogo a tutti i sintomi enunciati, e si sospettò della lesione delle viscere addominali e della esistenza di un'ernia. Frugato infatti l'addomine, si rinvenne un'ernia inguinale sinistra, del volume di un uovo di gallina, cedevole sotto al tatto, assai sensibile, e di color fosco nella cute. I sintomi dell'incarcerazione erano più intensi, il meteorismo il vomito ed il singhiozzo sensibilmente cresciuti. Adunati a congresso i Professori, fu conchiuso essere indispensabile l' operazione, quantunque si presumesse di non poter essere di felice successo, atteso l'età dell'ammalato, l'intensità de' sintomi, e la soverchia sensibilità e cedevolezza del tumore erniario. Tagliata la pelle e incisi gl' involucri cellulosi sottostanti, si presentò un corpo molle celluloso cedevole e con superficie levigata che per un istante destò il dubbio, se si trattasse di un tumore adipo-

so o del sacco erniario, ma dopo una diligente esplorazione si conobbe essere un ammasso di tessuto cellulare sopra-peritoneale ingrossato per lunga malattia, che mentiva la forma d' una porzione d' epiploo. Aperto quell' ammasso adiposo si offrì il sacco erniario, la di cui floscezza e duttilità faceva sospettare di una porzione d' intestino crasso incarcerato. Epperò, osservato con più accuratezza non solo da noi ma dagli altri Professori, si convenne essere il sacco erniario degenerato di una spessezza coriacea. La sua cedevolezza ed il senso di vacuità, che faceva sentire sotto la pressione, ci fecero pensare, che non più in esso contenevasi ansa intestinale, di essersi questa ritirata nella cavità dell'addomine in conseguenza della sopravvenuta gangrena, comechè i sintomi d' infiammazione in apparenza indicassero l'opposto. Aperto il sacco, da cui fluì lentamente un materiale sieroso-sanguigno fetidissimo, non si rinvenne in effetto ansa intestinale. Esplorato il canale inguinale era talmente largo da permettere senza stento l' introduzione del dito indice nella cavità dell'addomine. Fu quindi adattato sulla ferita il consueto apparecchio.

Finita l' operazione i sintomi d' incarcerazione per un istante continuarono: poche ore appresso una calma insidiosa fe' sostare i patimenti dell' infermo. Si abbassò il meteorismo, cessarono i dolori, un sudor freddo e glutinoso grondava da tutta la pelle, la faccia divenne ippocratica, gli occhi s' infossarono nell'orbita, i polsi si resero tenuissimi capillari ed intermittenti, e la morte chiuse la scena a due ore dopo la mezza notte, undici ore dopo la operazione.

Necroscopia. — Fatta il giorno appresso la sezione del cadavere, si rinvennero lungo lo stomaco e gl' intestini non poche tracce d' infiammazione degenerata in gangrena e gl' intestini aderenti in varî punti delle loro circonvoluzioni. Una porzione del grande omento con varie suggellazioni aderiva alle pareti addominali. In quel sito ove osservavansi le materie escrementizie nell'addomine versate, due anse degl' intestini gracili era-

no più fortemente gangrenate, ed una porzione d'intestino tenue, che corrispondeva all' orificio interno del canale inguinale fu trovata in tutta la sua estensione rotta per gangrena, lasciando vedere le due estremità interamente separate a considerevole distanza, d'onde lo sbocco delle materie fecali nel peritoneo.

Riflessioni. — Il tessuto cellulare sopra-peritoneale interposto fra la guaina del cremastere ed il sacco dell' ernie di antica data si raddoppia per l'ordinario, ed ingrossa in modo, da simular diversi involti membranosi, e degli strati talmente compatti, che traggono in errore il più cauto ed esperto chirurgo. Sabatier riferisce che nell' ernie invecchiate prima di pervenire al sacco qualche volta si rinviene un gran numero di foglietti gli uni al di sopra degli altri, i quali sono separati da un vuoto che mentisce il sacco erniario. Questa non ovvia disposizione, ha reso perplessi i più abili operatori nel tagliare i foglietti più profondi per lo timore di scalfire gl' intestini.

Questa osservazione viene confermata da Scarpa, il quale soggiunge al proposito, che incidendo l' ernia scrotale voluminosa ed antica s' incontrano in primo luogo la tela aponeurotica superficiale e la guaina del cremastere grosse oltremodo rigide e talvolta coriacee, indi si presenta il tessuto cellulare posto fra la guaina del cremastere ed il sacco erniario talmente fitto ed indurito, che a primo aspetto sembra una grossa e compatta capsula costituita da molti strati sovrapposti gli uni agli altri. Esso alcune volte può disporsi in maniera, da presentare un tumoretto il quale apparentemente simula il cordone spermatico o il sacco erniario, e nell' interno lascia vedere una cavità liscia riempiuta di siero, che costituisce una cisti sierosa dietro cui ritrovasi il sacco erniario, siccome avvenne di osservare a Dupuytren in un caso d'ernia inguinale doppia strozzata dal collo del sacco. Finalmente oltre le varie forme che il tessuto cellulare sopra-peritoneale veste nelle sue diverse alterazioni, può qualche volta presentare quella di una borsa, dentro la quale racco-

gliesi una massa adiposa che può essere confusa coll' epiploo. Circostanza è questa, che non di rado fè cadere in errore i più esperti e valorosi operatori, siccome avvenne al famoso clinico del Ticino. Fa mestieri quindi in simili incontri esaminar diligentemente il tessuto cellulare, affinchè la fallace forma di sacco in cui egli trasmutasi non inganni, e tener presente che il vero sacco erniario si mostra sotto l' aspetto di una membrana o lamina fibrosa che ha per carattere costante e distintivo la pellucidità e la spessezza.

In oltre è da indagare, se il sacco presenta sempre quella naturale grossezza del peritoneo, o se ha potuto alterarsi e subire diverse modificazioni a seconda delle circostanze, che complicano la malattia. Scarpa assicura dopo numerose esperienze ed osservazioni patologiche a tal'uopo intraprese di aver notato, che nell'ernie voluminose o di antica data ordinariamente il sacco erniario non oltrepassa di gran lunga la grossezza del peritoneo, conservando quasi sempre gli stessi caratteri, e quindi quella durezza e densità, che apparentemente sembra esser propria, come dalla maggior parte degli autori si è creduto, del sacco peritoneale che costituisce l' ernia, quantunque voluminosa ed antica, non debbe allo stesso riferirsi, ma bensì alla maggiore o minore spessezza e rigidità che acquistano gl' involti esteriori, come sarebbero la tela aponeurotica e superficiale, la guaina muscolare e tendinosa del cremastere, e la cellulosa esteriore del peritoneo. Ma con buona pace dello Scarpa, che per altro merita sotto questo rapporto i più rispettosi riguardi di riconoscenza per avere il primo esposto nella più chiara luce una verità, che per lo addietro era falsamente appresa, la sua teoria non può generalmente stabilirsi, dappoichè è fuor di dubbio, che nella maggior parte dei casi il sacco erniario conserva i suoi caratteri distintivi, e che gli ingrossamenti e le spessezze che si rinvengono debbono ripetersi dalle diverse alterazioni dei suoi involucri esterni; altra volta però la membrana peritoneale del sacco erniario acquista essa stessa una tale morbosa modifi-

cazione, che non offre il suo carattere distintivo, presentando diverse forme a seconda delle circostanze, che complicano la malattia. Nè poca luce diffonde sul proposito la notomia patologica la quale ci mostra tutte le svariate alterazioni di cui può esser capace il sacco peritoneale a norma della intensità e delle svariate affezioni che possono attaccarlo. Un processo infiammatorio, che investe il sacco erniario, o per la continuata pressione, o per la contrazione spasmodica che i muscoli esercitano sullo stesso, o per gli ripetuti tentativi di riduzione, o per irradiazione di flogosi che travaglia un' altra viscera, o infine per qualunque cagione traumatica, può produrre l' adesione della superficie esterna e levigata colla membrana peritoneale, col tessuto cellulare circostante, ed indi col tempo procurare la compiuta immedesimazione di queste due sostanze, d' onde poi nasce, che non vi ha più caratteri distintivi tra l' una e l' altra. Così del pari invertendo la medaglia possono formarsi delle aderenze tra la superficie interna del sacco e gli organi contenutivi, e precisamente l' epiploo, siccome abbiamo notato.

Il sacco erniario adunque vestito da quella massa cellulosa che lo circonda, può presentare delle gibbosità e delle ineguaglianze tali da assumere la forma dell' intestino crasso mostrando apparentemente all' esterno la membrana sierosa, che nello stato normale ricuopre l' intestino suddetto.

Il sacco erniario inoltre può andar soggetto al processo gangrenoso, ed allora si sente al tatto molle e flaccido che si spappola fra le dita, e si vede di un color di lavagna. Da ciò debbesi conchiudere, che la teorica dello Scarpa non è applicabile a tutte le circostanze che han luogo nelle diverse complicazioni della malattia, e noi siamo di avviso, che quel celebre clinico nella seconda memoria della sua opera abbia modificato in certo modo quanto nella prima avea esposto (i).

Da ciò ne siegue, che ove il chirurgo operatore abbia l' infortunio d' imbattersi in simile complicazione

debba dapprima scalfire cautamente e a man sospesa strato a strato tutti gl' involucri membranosi per osservare quindi il sito, ove stà l' alterazione, e non lasciarsi nel tempo stesso illudere dalle false apparenze, che potrebbe il sacco erniario presentare: si scanseranno in tal guisa tutti gl' inconvenienti, che potrebbero cagionare accidenti funesti all' infermo, si eviterà cioè di scambiare il sacco per intestino crasso, per una massa epiploica, o per un' ansa intestinale qualunque, e di ferire dall' altra parte l' intestino equivocandolo col sacco erniario (k).

Una delle circostanze, che può impedire il travasamento delle materie fecali nella cavità dell' addomine in seguito alla gangrena dell'intestino è l' infiammazione adesiva donde la compiuta adesione della sierosa intestinale colla peritoneale ne' punti della offesa, infiammazione che stabilisce numerose aderenze tra la membrana peritoneale con i margini esterni dell' anello e col collo del sacco erniario da costituire quel membranoso imbuto come diceva lo Scarpa.

L' intestino al riferir di Richter aderisce ordinariamente col peritoneo dietro l' anello, ed in tal modo viene chiusa la sua apertura, rimesso il corso naturale delle materie, ed impedito il loro spandimento nella cavità dell' addomine. Verità posteriormente confermata dal clinico di Pavia, il quale dimostrò la facilità con cui nel peritoneo si svolge l' infiammazione adesiva in seguito dell' ulcerazione della sola superficie esterna degl' intestini, e s'impedisce perciò la loro perforazione, e la effusione delle materie fecali nell'addomine. Non sempre però la gangrena dell' ansa intestinale trae seco lo sfacelo del sacco erniario, e se ciò succede lo è solamente in caso di grave offesa dei visceri, cirrostanza che di raro si osserva.

Nasce da ciò, che la porzione del sacco erniario al di là dell' anello rimane illesa e comprende costantemente le due estremità intestinali, le quali per le numerose aderenze obbligano le materie fecali a dirigere il lor cammino verso l'esterno.

Scarpa ha dimostrato, che l' estremità dell' intestino separate dalla gangrena rimangono talvolta aderenti al margine tendinoso dell'anello inguinale, d'onde si forma quell'atrio membranoso infundibuliforme costituito dal collo del sacco erniario, e che ristabilisce la continuità fra le due porzioni del canale intestinale. In questi casi la natura opera la riunione delle due estremità dell'intestino, come diverse osservazioni di simil felice terminazione leggonsi nelle opere di Ledran Petit Pott ecc.

Ma non sempre così felicemente và la faccenda, perocchè soventi volte la gangrena dall' ansa intestinale strozzata si propaga rapidamente nel cavo addominale, attacca gli organi vicini, e pel suo disorganizzatore processo distrutti i vincoli e le aderenze che legavano il sacco erniario all' intestino o al margine tendinoso dell'anello inguinale, viene in tutto o in parte a mortificarsi il sacco medesimo. Aggiungasi, che quantunque avvenga talvolta che le parti gangrenate si separino dalle sane, pure il processo gangrenoso continua ad espandersi pel rimanente dell'intestino e più in coloro, nei quali per non frenata discrasia lo stato dei fluidi e dei solidi trovasi notabilmente alterato.

E qui la distruzione dell'intestino, progredisce al dilà dell' anello inguinale sin nel cavo dell' addomine, e le materie fecali scappano per cotesta impropria via.

Finalmente la mortificazione dell' intestino avvegnachè circoscritta, può rompere tutti i punti di aderenza col sacco erniario, e rimasto libero per la propria forza di contrattilità, ritirasi nel cavo dell' addomine, lasciando vacuo e floscio il sacco, come avvenne nel caso di cui innanti abbiam discorso.

Ernia inguinale destra strozzata da un cercine valvolare. Operazione seguita dalla morte.

Storia V.a — Giuseppe Marino della Piana dei Colli, di anni 82, di gracile costituzione, e di una idiosincrasia epatica, teneva con indifferenza e senza riparo da più anni un' ernia scrotale destra il cui grosso

volume non recavagli molestia di sorta. La mattina del 24 agosto per aver ingollato una gran quantità di fichi d'india sentissi trafiggere d'acuto dolore nella regione inguinale, ove portando la mano trovò un tumore, che per quanto operò non riuscì a ridurre. Verso la sera i sintomi d'incarcerazione obbligarono il paziente a ripararsi in questo grande spedale.

Presentava un tumore della grossezza di un grosso limone, il quale al tatto lasciava sentire un indurimento lapideo alquanto dolente, i polsi erano febbrili, la lingua impaniata, la sete inestinguibile, il ventre era chiuso: si fecero applicare tosto molte mignatte sul tumore erniario, e poscia i cataplasmi ammollienti, si prescrisse il bagno, e per uso interno l'olio di mandorle dolci col giulebbe di altea. Nella notte i sintomi divennero più intensi, per cui bisognò ricorrere altra volta al sanguisugio ai bagni ai cataplasmi ammollienti, ed alle bevande lassative, ma non avendo gli enunciati mezzi prodotto alcun buon effetto, fu nel terzo giorno fatta l'operazione.

Tagliati gl'integumenti e le lamine del tessuto cellulare sottocutaneo, si aprì il sacco erniario colla guida di una tenta scanalata, e dopo di avere sbrigliate le antiche aderenze si osservò l'ansa intestinale di un color rosso pavonazzo, la quale in vicinanza dell'anello presentava un rigonfiamento a guisa di un cercine o di un cappio di un pollice e mezzo di estensione, che ne abbracciava l'intera circonferenza, in modo che costituiva un secondo strozzamento o un restringimento interno che valvolare da Scarpa si chiama.

La cavità dell'intestino era ripiena di una materia concreta e dura, cosicchè a primo aspetto sembrava un calcolo intestinale ed abbenchè si fosse dilatato con molta precauzione l'anello inguinale, non di meno si durò molta fatica per introdurre in cavità l'ansa dell'intestino così disposta.

Si adoperò onde far discendere verso la parte inferiore le materie fecali stanziatevi, ma indarno. E però onde non maltrattare ulteriormente l'intestino, si

passò alla riduzione in massa unitamente all' epiploo uscito fuori. L' infermo opportunamente fu medicato, e si prescrisse subito dell'olio di mandorle dolci col giulebbe d' altea.

Dopo 24 ore dell' operazione novellamente si manifestarono dolori all'epigastrio, febbre intensa, lingua arida e rossa, cefalalgia ec. Si usarono molte sanguisughe e larghi cataplasmi ammollienti sull' addomine, il bagno, i clisteri con olio di lino, le limonee ec. Nella notte, 38. ore dopo l' operazione, il ventre si aprì a copiose scariche con notevole sollievo dell'infermo. Nel quarto giorno la febbre divenne più intensa; si prescrissero altre mignatte in tutta la regione addominale e poscia un bagno. I quali mezzi contribuirono a diminuire la febbre, ed i sintomi d'irritazione. Continuava frattanto lo stesso tristo andamento di cose, abbenchè non si lasciarono i rimedî di sopra enunciati. Si medicò la piaga con le compresse pertugiate spalmate di cerato di Galeno, e con semplici piumacciuoli di filacciche.

Nel 10.° giorno la febbre ed i sintomi d' irritazione cessarono, la cefalgia persistette: si applicarono sanguisughe su i processi mastoidei, ed il turgore locale diminuì. Alla rimozione dell' apparecchio sgorgò marcia in abbondanza, e la piaga si presentò di buon aspetto, s' insistè nell' olio amigdalino, nelle limonee, e nei brodi tenui.

Nell' 11.° giorno l'ammalato fu sopraffatto da sincope e da generale abbattimento. Fu d'uopo amministrare i brodi nutrivi, ed una mescolanza anodina e leggermente confortativa. La piaga sensibilmente restringevasi, ma siccome la quantità e qualità della marcia non erano corrispondenti all' estensione della stessa stimossi di medicarla con unguento storace, e di fomentarla di quando in quando colla decozione di camamilla. Le forze dell' infermo continuarono ad esser depresse, i polsi piccoli ed intermittenti, la lingua coperta d' una patina gialla bianchiccia, il ventre nello stato naturale, e le orine abbondanti.

Valutata l'età e le complicazioni che insorsero, si opinò, che una febbre atassica erasi consociata alla malattia, per cui dal medico curante Dott. Mogavero fu sottoposto l'infermo all'uso di quattro acini di estratto resinoso di china amministrato da tre ore in tre ore soprabevendovi due once di latte d'asina per volta. L'indomani fu sospesa la china e continuato il solo latte d'asina. La piaga nel giorno 15 era prossima a chiudersi, ma la malattia generale incalzava, e l'ammalato di giorno in giorno rifiniva di forze per la diarrea colliquativa, che lo consumava.

Nel giorno 20.°, la piaga era interamente cicatrizzata, frattanto la febbre ingagliardiva, la diarrea facevasi più grave, ed un universal sudore per colmo del male sopraggiunse ad esaurire le poche residuali forze vitali. Addì 27 del mese istesso l'infermo cessò di vivere. Non si potè fare la sezione cadaverica, perchè i parenti sottrassero il cadavere.

Riflessioni. — Giova il notare, che nel trattato dell'ernie la maggior parte dei pratici o poco o nulla si è occupata degli strozzamenti interni, e ciò forse perchè in siffatti accidenti di poco ajuto riesce la chirurgia operatoria. Ma la nostra pratica in questo argomento dimostra sì necessario che utile lo studio anzidetto, onde procurar ad ogni modo all'infermo tutti quei soccorsi, che l'ingegno del filantropo e la conoscenza dell'arte sanno escogitare, e che la natura e la complicazione della malattia richiedono. Noi lo ripetiamo « Ogni caso di erniotomia è un caso nuovo nella » scienza per le anomalie che giornalmente si osserva- » no nella pratica ». E chi ha operato infermi di ernia apprezzerà il valore di una tale verità.

Per convalidare maggiormente l'esposto cade quì in acconcio rammentare la bella osservazione fatta dal Morgagni, in cui le viscere contenute nella cavità addominaale formavano ernia nella cavità toracica per il rilasciamento o rottura del diaframma. Ed il celebre Galvani di Bologna, quell'uomo immortale nella storia dell'elettricità animale, ebbe l'agio di osservare un caso

in cui il ventricolo porzione del colon e dell' omento si avevano fatto strada attraverso la cavità toracica in seguito alla rottura del diaframma per violenta caduta.

Siaci intanto permesso di richiamare all' attenzione dei pratici, che la teoria del Richter sul proposito non è interamente d'accordo colle osservazioni di anatomia patologica che posteriormente si son fatte, dappoichè quel sommo pratico nel dare la definizione degli strozzamenti interni fa parola di alcuni cangiamenti preternaturali di posizioni di visceri del basso ventre, d'onde han luogo quelle anormali aperture, che si osservano nel diaframma nel mesenterio e nell' epiploo le quali dan passaggio agl' intestini e divengono causa del loro strozzamento. E si astiene dal trattarne altre, perchè nessun mezzo curativo nè diagnosi vi corrisponde. Non tutti gli strozzamenti interni dovranno ripetersi dal semplice cambiamento di posizione delle viscere, nè tutte le alterazioni dovranno riguardarsi come l'effetto di cause semplicemente meccaniche o traumatiche.

Una commozione qualunque delle viscere addominali può dar luogo ai cangiamenti di posizione non solo ma alla costrizione spasmodica delle proprie tuniche intestinali e precisamente della media, che associandosi al processo infiammatorio, da cui ordinariamente suol essere accompagnata, fa diminuire il lume del tubo intestinale, e produce secondariamente uno strozzamento interno. Per un deposito di un virus qualunque o venereo o scrofoloso, per alterata composizione de'tessuti in seguito della gastro-enterite può sussistere un innormale ingrossamento delle tuniche intestinali e produrre un ispessamento tale da costituire delle briglie, o delle strisce circolari, che a guisa di cingolo abbracciano la loro superficie esterna, e divengono causa di strozzamento.

A questa specie di malattia appartiene a parer nostro il volvulo, che dà origine allo strozzameuto interno senza ernia, di cui brevemente ne ha fatto parola lo Scarpa il quale a giusta ragione il ritiene come mortale, perchè difficilmente la chirurgia potrà in tutti i casi appresta-

re la sua benefica mano. Su tale obbietto egli ci rapporta un caso di strozzamento interno formato dall' appendice vermiforme, che a guisa di anello strozzava una lunga ansa intestinale, oltre di che una striscia di sostanza simile a quella del mesentero fitta dura e callosa disposta a foggia di un cingolo ne completava lo strozzamento. L'autopsia cadaverica servì di schiarimento alla sede e natura della malattia.

Le cagioni di tali organiche alterazioni, dice egli, disgraziatamente non sono alla nostra cognizione. Ma con buona pace di quel sommo Chirurgo siaci permesso di far riflettere, che le cagioni, che possono dar nascimento a tal guasto organico, sono più numerose di quanto comunemente si crede. E per render maggiormente precise le idee, le divideremo in due specie, 1. in vizi per alterazioni meccanico-organiche, 2. in vizi per alterazioni chimico-organiche.

Nella prima si ascrivono: 1. le alterazioni prodotte da un vizio di aumentata quantità di fluido per un processo flogistico, che trae origine dalla presenza di un corpo estraneo, o dall' azione di un corpo qualunque esterno. 2. In vizii di alterata disposizione delle viscere per tutte quelle false strade derivate da preternaturale disposizione delle stesse.

La seconda comprende 1. le chimiche alterazioni degli umori, che ripetono la loro origine da una causa costituzionale, o da un virus estraneo circolante nell'animale economia. 2. Le alterazioni dei tessuti riguardanti lo stato qualitativo, che dà nascimento all'innormale nutrizione di novelli tessuti, come delle pseudomembrane e dei corpi fibro-cellulosi, ed in ultimo alle aderenze anormali, che rendono più complicata la malattia. In questo caso due circostanze vi concorrono, aumento di quantità per l' afflusso degli umori mantenuto dallo stato di flogosi e processo di alterata composizione. Non vi ha dubbio, che in simili occorrenze, quantunque i sintomi di strozzamento interno sono evidenti, la chirurgia non potrà direttamente apprestare i suoi efficaci e salutevoli soccorsi, e però bisognerà

ricorrere ai mezzi medicamentosi per correggere l' alterazione dei solidi cagionata dall'assorbimento del virus costituzionale da cui è predominato l' infermo. Una tal infermità non dovrà in tutti i casi riguardarsi al di là delle risorse dell'arte, poichè può alcune volte per una cagione meccanica qualunque esser seguita dalla protrusione di una viscera, e stabilirsi un'ernia. In tal caso lo strozzamento era esterno e l' infiammazione poteva darvi nascimento.

Il chirurgo in siffatta complicazione dovrà togliere lo strozzamento dell' anello inguinale, e convinto dell' esistenza di quell' alterazione organica dell' intestino, che formava l' interno imprigionamento, potrebbe come ultima risorsa dell' arte asportare quel pezzo d' intestino alterato e creare un ano anormale, che potrebbe in seguito guarirsi compiutamente coll' ingegnoso enterotomo di Dupuytren.

Finalmente rimane a far riflettere, che nell' ernie intasate tutte le volte che le materie fecali si ritrovano molto indurite ed addensate, non è prudenza adoprare manovre continuate per farle risalire verso la porzione superiore dell'intestino, dappoichè s' incorrerebbe nel grave pericolo di poter risvegliare accidenti assai funesti per l' infiammazione, che in seguito viene costantemente a manifestarsi; infiammazione, che complicata collo stato di alterazione organica degenererebbe in pronta gangrena ed in sfacelo delle parti. Sarà miglior partito adunque rimettere in questo caso l'ansa intestinale nella cavità dell' addomine senza maltrattarla con reiterate manovre.

Ernia inguinale destra strozzata dall' anello: guarita coll' operazione.

Storia VI.a— Era a 24 anni d'età il bettoliere Vincenzo Sortino da Palermo, il quale avendo una vigorosa costituzione e dotato di sanguigno temperamento portava da due anni un' ernia inguinale sinistra, che gli s' incarcerò il 18 marzo 1838 dopo aver man-

giato una gran quantità di faggiuoli. Varî tentativi praticò infruttuosamente egli stesso per la riduzione: il tumore divenne talmente teso e dolente che non potè più rientrare nella cavità addominale. Sopravvennero nausee coliche vomiti e tutti i sintomi di strozzamento. Il giorno appresso brusche e reiterate manovre si eseguirono senza alcun effetto da un chirurgo che fu per allora adibito. I sintomi frattanto incalzavano, l'infiammazione si accrebbe, e l'ammalato fu obbligato a chiedere un asilo in questo spedale civile, tre giorni dopo lo strozzamento.

Osservato da noi la prima volta, si trovò il tumore erniario della grossezza di un uovo di gallina con considerevole ecchimosi, che si estendeva lungo lo scroto del lato destro, dolente al tatto, e sotto la menoma pressione sentivasi la crepitazione dell' aria; il ventre era meteorizzato, vi stavano il vomito di materie stercoracee il singhiozzo e la costipazione del ventre: dopo di aver fatto praticare un salasso generale si passò immantinente all' operazione. Si fece una incisione perpendicolarmente sul tumore, si divisero successivamente gli strati cellulari, ed arrivatosi al sacco erniario, si osservò alterato nel colore, e molto cedevole al tatto, cosa che a giusta ragione fece sospettare, che l'intestino era cominciato a gangrenarsi. Aperto il sacco con molta precauzione, ne uscì una gran quantità di siero sanguinolento, che dimostrò e si presentò a nudo l' ansa intestinale di un colore nero bruno nella estensione di un pollice circa limitata da una stria di colore grigio di lavagna: era molle, cedevole, ed asciugandola parea volersi spappolare. Guidato il bistorino bottonato sul dito, si tagliò l'anello inguinale, che per l' estrema sensibilità delle parti produsse dolori così acuti, che fecero involontariamente sbalzare da letto l'infermo in modo, che se non si fosse stato sollecito a ritirare il gammautte, sarebbesi sicuramente ferito l'intestino e forse anche l' arteria epigastrica.

Dilatato l' anello, si esitò un momento, se doveasi spingere l' ansa intestinale così alterata, o pur nò, ma

si decise ridurla e si fece. La giovinezza dell' ammalato, si diceva, e le forze di natura forse ridoneranno alla porzione d' intestino così malconcio quello di che difetta. Medicata al solito la ferita, vi si adattò la consueta fascia a spiga inguinale: l' infermo, fu colpito da sincope, e un sudore glaciale coprì il di lui capo con polsi sì piccoli e tardi, che fu d' uopo ricorrere alle fredde effusioni di acqua sulla faccia, che contribuirono a metterlo in calma.

Verso sera, abbenchè non si osservasse meteorismo, tuttavia i sintomi di strozzamento persistevano, e facevano disperare della guarigione, i polsi in effetto divennero piccoli, un sudor freddo cominciò a grondar dalla pelle, il volto fecesi squallido, le forze diminuirono, l' infermo suddelirava. Si fece coprire il corpo di panni riscaldati, ed il ventre di cataplasmi di posca, gli si prestaron limonee, e si fecero praticare de' clistei con acqua di malve ed olio di lino per eccitare blandamente il secesso.

L' indomani tutto continuò nel tenor del giorno avanti: nella sera si mosse a copiose scariche il ventre con positivo sollievo e diminuzione dei sintomi sopra descritti. Nel terzo giorno lo stato generale dell' infermo era poco soddisfacente, i polsi erano duri, la lingua coperta di una patina grigia coi margini rossi il volto animato, la pupilla ristretta, il ventre travagliato da meteorismo, ed un dolor vivo, che dai lombi cingea gli ipocondrii con senso di trafitture nell'osso sacro, affliggeva l' ammalato.

Chi non si sarebbe accorto della veemenza di una entero-peritonite? Si adoprò il salasso dal braccio, si applicarono venti sanguisughe sulla regione ipogastrica, quindi si diede un bagno tiepido che sciolse il ventre a copiose evacuazioni di fecce con molti lombrici. La piaga apparve di buona condizione ed il tutto presagiva un sollecito miglioramento.

Nel giorno appresso per dispiacevole notizia recatagli intorno ad una sua innamorata, l'infermo cadde in profonda malinconia, e fece perdere la speranza di ve-

derlo salvato. Ma i buoni consigli suggeritigli, ed una visita dell' oggetto delle sue speranze l' animarono ed il posero in calma.

Ma facendosi sera riesacerbaronsi i sintomi della flogosi addominale, non che della vescica, fu forza reiterare il salasso dal piede, il sanguisugio, il bagno generale.

Ricorrendo il quinto giorno l' infermo di mattina offriva gradi di miglioranza, ma in sulla notte il meteorismo le coliche la smania ridestaronsi. I rimedì furono come sopra.

Anche al far del giorno sesto persisteano questi sintomi: più tardi successero copiose scariche ventrali, ed un sudor profuso generale lasciava oltremodo abbattuto l' infermo. La febbre già continua prese la forma di una gastrica, la quale in quella stagione era comune nelle infermerie. Poscia la lingua ricoprissi di una patina bianco-giallognola, divennero rossi i suoi margini: avea l' infermo sete inestinguibile e dolori in tutta la regione addominale. Fu amministrato per uso interno l' olio di mandorle dolci, ed il resto della cura fu come sopra. Sul venir della notte la pelle si aprì a larga diaforesi, ciò che era un bene per l' infermo. Nono, decimo, ed undecimo giorno adoprossi lo stesso metodo di cura: il malato immeglia e la piaga promette sollecita guarigione.

Nel duodicesimo giorno, fuor di ogni aspettazione la febbre e gli altri sintomi divennero più forti, e si temette di una riaccensione di entero-peritonite, s' insistè nei rimedî indicati, e le larghe egestioni che si ottennero, fecero ritornare l'infermo all'antecedente stato. Rivelò egli dipoi che quella ricrudescenza era derivata dall'aver ingojato una buona quantità di fave torrefatte, e di carrubbe, che la inopportuna amorevolezza de' parenti recato aveagli di nascosto.

Dal giorno decimoterzo al 17.° fu tenuto lo stesso metodo terapeutico, e l' infermo inoltrossi a gran passi alla guarigione. Il 18.° la piaga era già cicatrizzata, ed il 12. del mese di aprile 24.° di osservazione l' in-

fermo usciva dallo spedale del tutto riavuto dal suo male.

Riflessioni. — 1.ª L'ernia ancorchè cronica presentò tutti i sintomi di un ernia acuta.

2.ª L'infiammazione che si estendeva lungo lo scroto con gonfiamento rossore e calore locale dovrà attribuirsi alle brusche manovre eseguite dall' infermo e dal chirurgo, per la riduzione forzata dell' ernia.

3.ª L'ansa dell' intestino alterata nel colore e nella tessitura, ma non nella forma esterna, somministrava in apparenza validi argomenti di lasciarla fuori, e stabilire un ano anormale, se l' operatore istruito da altre osservazioni non si fosse confidato nell' età dell' infermo e nella forza medicatrice della natura.

4.ª La persistenza de' sintomi d'irritazione dopo l'introduzione dell' ansa intestinale nella cavità dell' addomine dovrà ripetersi dall' intensa entero-peritonite, da cui l' infermo era travagliato, siccome lo dimostrò l'ispezione degl' intestini fuori usciti.

5.ª La febbre gastrica complicata colla verminazione, combattuto il primo periodo infiammatorio della malattia rese più intenso, a parer nostro, e più complicato il seguito dell' operazione.

6.ª Le passioni di animo deprimenti per l' infedeltà della sua donna e la gelosia da cui era divorato contribuirono a rendere più intensi i sintomi nei primi giorni dopo l' operazione.

7.ª I compensi di natura, ed i mezzi locali ed universali impiegati costituirono a nostro avviso la principale parte curativa, che portò a guarigione l'infermo.

Ernia inguinale strozzata all' entrata del collo del sacco; guarita coll'operazione.

Storia VII.ª— Da dieci anni circa soffriva un bubbonocele destro senza mai avervi apposto brachiere il 1.° Sergente del 1.° Reg.° di linea Re, Salvatore Gruglia da Palermo dell' età di anni 38. di forte costituzione, e di temperamento sanguigno. La mattina del

27. di ottobre 1835. avvertì degli sconcerti e de' dolori di stomaco, che cercò vincere bevendo del caffè, il quale lungi di calmargli la nausea, che provava, gli eccitò tosto il vomito con dolore acuto all' inguine destro e gonfiamento, che annunziò lo strozzamento dell'ernia; invano si adoprò d'introdurla con replicati tentativi, i quali contribuirono a rendere più molesti i dolori. In tale stato fece chiamare il chirurgo del Reg.° il quale si studiò inutilmente di ridurre l'ernia; e dopo aver operato per circa dodici ore, abbandonò l'infermo prescrivendogli l'applicazione di cinque sanguisughe e di un cataplasma ammolliente, cose che non produssero alcun beneficio; intanto il dolore si aumentò, e vi si associò il vomito, il singhiozzo, ed il meteorismo. Il giorno dopo entrò in questo spedale militare, ed osservato dal primo chirurgo volle anch' egli ripetere il tasside, e riuscita pure inutile la manovra, ordinò che si applicassero altre mignatte sul tumore, che furono pure senza alcun vantaggio. Erano in tale stato le cose, allorchè fummo noi chiamati dal Comandante di quello spedale Cavaliere D. Gaetano Schmit: i polsi erano piccoli, il vomito il singhiozzo ed il meteorismo inoltrati, ed il tumore all'inguine destro quanto un limone aveva suggellazioni gangrenose. Lo stato dell' infermo non permettea dilazionarsi, e l' operazione fu eseguita alla presenza del Dottor. Baldaro primo chirurgo, e del Sig. Comandante; fatta un' incisione longitudinale di circa quattro pollici, si osservò che il tessuto adiposo era gangrenato, e che facilmente spappolava fra le dita; si continuò diligentemente la dissezione, e giunto al sacco si trovò annerito, e mentre si studiava onde aprirlo, tutto ad un tratto si screpolò in un punto, donde sgorgò un' fluido sanguinolento e fetido, che dagli astanti fu preso per materia escrementizia; nettata la piaga, si osservò che quel fluido era contenuto nel sacco, il quale si dimostrò molto infiammato per cui ebbe luogo quella raccolta di fluido, e che l' ernia era strozzata all' entrata del collo del sacco; allora fu debito far osservare agli assistenti lo strozza-

mento dell' intestino ileo divenuto ecchimosato : introdotto poscia il dito indice della mano sinistra , e sur esso il bistorino bottonato per dilatare l' anello , con agevolezza riuscì di riporre l' ansa intestinale fuori uscita. Asciugata la piaga si medicò con compressa bucherata e spalmata di cerato di Galeno e con filacciche in modo che riempivano il canale, soprapponendovi delle compresse lunghette ed una fasciatura a spiga inguinale. Si trasportò l' infermo in un letto pulito, se gli inculcò il riposo e la tranquillità dello spirito, e gli si prescrisse del giulebbe di cedro con acqua di fonte : l'ammalato tornò alla calma, finirono il vomito, il meteorismo ed il singhiozzo, successero delle scariche alvine , che si agevolarono con clisteri di decozione di malva ed olio di lino, e con fomentazioni ammollienti sull' addomine.

La notte fu tranquilla ; verso le cinque della mattina apparve la febbre con polsi duri e vibranti e faccia animata; si prescrisse un salasso di once 6. e limonee: seguì un sudore copioso per tutto il corpo con sollievo dell' infermo.

Nel 2.° giorno dell' operazione tutto procedeva regolarmente. Nel 3.° l'infermo si lagnava di dolori viscerali e di bocca amara ; la lingua era coperta di una patina gialla-biancastra: si prescrisse olio di mandorle dolci con giulebbe di altea, brodo di pollo , fomentazioni ammollienti e clisteri di olio di lino.

Nel primo di novembre si cambiò l' apparecchio , e si trovò il sacco gangrenato e molta materia saniosa. Si medicò con unguento di storace.

Il 2.° novembre cambiando l'apparecchio si rinvenne molta marcia saniosa e nel centro della piaga si osservò qualche bottoncino carnoso ; si medicò con cerato e unguento storace, ed internamente si prescrisse dell' olio di ricino e del giulebbe di altea da cui si ottennero delle grandi dejezioni alvine con molto sollievo dell' infermo.

Addì 3 la medicatura fu come sopra ; limonee vegetabili edulcorate e brodo di pollastro.

Nei giorni 4.° 5.° 6.° 7.° si continuò lo stesso trattamento e sempre con immegliamento.

Nel giorno 8.° la piaga si trovò spogliata dell'escara gangrenosa; si medicò col cerato di Galeno, si continuarono le limonee e si aggiunsero de' fedelini in brodo.

Nel 9. 10. 11. tutto progrediva regolarmente; dal 12. sino al 29, in cui l'operato uscì dell'ospedale guarito, la piaga si cauterizzò ogni tre giorni col nitrato di argento fuso.

Riflessioni. — Dalla precedente osservazione chiaramente si deduce 1.° che le brusche manovre del tasside produssero le suggellazioni gangrenose al tumore erniario, l'infiammazione del sacco, e l'alterazione e cambiamento di colore dell'ansa fuori uscita; dappoichè la riduzione per mezzo del tasside tentata come primo mezzo non può essere coronata da buon successo se non quando il chirurgo è chiamato al primo comparire degli accidenti, cioè innanzi che alla strettezza relativa dell'apertura aponeurotica o del collo del sacco si sia aggiunta la tumefazione delle viscere protruse; seguendo oppostamente gravi inconvenienti, massime quando si opera sopra viscere delicate e già per la flogosi offese: 2.° che la quantità del fluido sieroso sanguinolento fetido deve necessariamente ripetersi dall'infiammazione del sacco erniario, come pure la stessa mortificazione del sacco altra causa non riconosce se non l'infiammazione del tumore erniario, che s'irradiò mano mano sino all'ansa intestinale strozzata; dappoichè il corpo del sacco è quello sul quale si fanno principalmente tutti gli sforzi, e sul quale agiscono più specialmente le pressioni esterne: 3.° finalmente che quantunque l'intestino era ecchimosato in conseguenza delle pressioni che soffrì per lo strozzamento e per le brusche manovre del tasside, pure introdotto che fu in cavità nessuna infiammazione suscitò nelle parti contigue in modo che l'infermo non soffrì nessuno accidente.

*

Ernia inguinale destra strozzata dall' anello e dal collo del sacco ; guarita coll' operazione.

Storia VIII'. — Giovanni Marguglio da Villarosa, allievo in chirurgia, di anni 22., di temperamento sanguigno, con idiosincrasia biliosa, di forte costituzione, da due anni portava un'ernia libera nell'anguinaja destra; da tanto in tanto soffriva gli accidenti di un leggiero strozzamento cui riparava colla riduzione, e poscia coll'applicazione di un cinto erniario di cui però raramente facea uso.

Addì 26. di maggio 1840. dopo di aver mangiato del tonno preparato con cipolle, fu afflitto da coliche accompagnate da vomito e singhiozzo, che curò di vincere coll'acqua calda, ma invece un tumore si manifestò all' inguine destro con dolori lancinanti meteorismo costipazione di ventre e vomito; essendogli per tre volte riuscito per mezzo del tasside ridurre l'ernia, cominciò a far de'tentativi per ottenere l'effetto desiderato, ma invano: andando in peggio, fummo chiamati, ed avuto riguardo alla forma del tumore, alla sua sensibilità ed ai sintomi tutti che un' ernia addimostravano, si prescrisse un salasso dal piede l' applicazione di mignatte sul tumore i cataplasmi ammollienti ed un bagno generale, ed internamente dell'olio di mandorle dolci e giulebbe di altea: mezzi tutti che a nulla valsero. Passate 32. ore senza che l' infermo ricavasse alcun profitto da nuovi salassi, da altre mignatte, da cataplasmi, e dalla pomata della belladonna di tanto giovamento in simili casi, si riconobbe il bisogno dell' operazione che fu tosto eseguita. Fatto il taglio dei tegumenti ed a strato a strato scalfita la cellulare si pervenne al sacco, che fu inciso per mettere allo scoverto l' intestino; nel fondo di esso molto ispessito e duro si osservò la convessità dell' ansa di un colore rosso turchino, ma niente alterato nella sua tessitura, per cui si passò ad incidere l' anello inguinale; ma un ostacolo si oppose alla compiuta riduzione dell' intestino, lo strozzamento era mantenuto pure dal

collo del sacco, per cui fu d'uopo dilatarlo, ma neppure potè ottenersi la riduzione: nel mentre si studiava come entrare l'ansa intestinale, trovossi un' altro collaretto all' orificio del canale interno, che le metteva ostacolo, fu anche dilatato, e così ebbe luogo la riduzione. L' ammalato fu medicato col solito apparecchio. I sintomi dello strozzamento cessarono. Si prescrissero dei cataplasmi di malva e lattuga sull' addomine, ed internamente del giulebbe di agro di cedro ed acqua di fonte: si praticarono i clisteri con olio di lino ed acqua di malva ed un salasso si fece istituire dal braccio. Dopo 24 ore si ebbero delle scariche ventrali con molto sollievo.

Nel 3.° giorno cambiando l' apparecchio si vide la piaga con sufficiente marcia che puzzava, per cui si animò medicandola coll' unguento di storace e lavandola colla decozione di camamilla.

Nel giorno 4.° la suppurazione diminuì, la piaga era bastantemente animata: si medicò col cerato di Galeno e si prescrisse una tazza di brodo di pollastro. Diminuì il meteorismo, e con esso il dolore; le dejezioni alvine continuarono e tutto procedeva regolarmente. Per lo spazio di dieci giorni nulla soffrì in contrario l' infermo: insistendosi nello stesso metodo di cura, i polsi si mostrarono nello stato naturale, e la lingua si spogliò di quella patina biancastra che la copriva.

Nel 12.° giorno la piaga cominciava a coprirsi di punti di granulazione, si cauterizzò colla pietra infernale e nello spazio di venti giorni l' ammalato fu perfettamente guarito.

Riflessioni. — Dalla precedente osservazione chiaro si scorge come un' ernia tuttochè acuta non presentando sintomi incalzanti può indurre il chirurgo a proporre l' operazione, come avvenne nel sopracitato Marguglio, in cui i sintomi non erano dapprima così intensi, siccome in seguito divennero, da fare sollecitamente eseguire l' operazione, che pose in salvo la vita dell' infermo; come pure è da notarsi che la

grossezza del tumore erniario era soltanto costituita dalla spessezza del sacco, che per la cronicità erasi ingrossato abbastanza, e non già dalla piccola porzione dell'ileo strozzato. Dappoichè egli si sa benissimo che il sacco erniario per lo più irritato dagli sforzi che fanno le parti per distenderlo resiste e diviene più spesso, e l' infiammazione lenta passeggiera e ripetuta. che se ne impossessa, stabilisce fra esso e le parti che contiene delle adesioni le quali formano delle briglie più o meno solide, ed altre volte un restringimento circolare, che divide la sua cavità in due secondarie, che comunicano fra loro per mezzo d' un' apertura più o meno stretta; gli orli della quale sono più o meno taglienti, ed in tal guisa il sacco erniario dapprima semplice diviene doppio e si rende molto rigido ed ispessito; poichè posto fra le parti che contiene e che tendono a dilatarlo e soffrendo l'azione immediata del contorno dell'apertura erniaria: ed il fondo essendo più fortemente disteso dalle viscere che racchiude è spesso la prima parte che s' infiamma, il suo tessuto si condensa, perde la sua estensibilità, ed acquista una considerabile rigidità, il che costituisce il restringimento del contorno del suo orificio sull' ansa intestinale, la quale soffre una molestia più o meno considerabile, come abbiamo osservato nel detto infermo. Da ciò si rileva quanto s' ingannano coloro, che credono ordinariamente che la sede dello strozzamento nell' ernie inguinali sia nell' anello; poichè in tal modo abbiamo veduto dei pratici contenti di avere sbrigliato l' anello inguinale, far rientrare le parti nel ventre e lasciare lo strozzamento, la cui sede non era nell' anello, bensì nel collo del sacco.

Ernia inguinale destra strozzata dal collo del sacco; guarita coll' operazione.

*Storia IX.*ª — Simone Foderà di Girgenti di 76. anni, uomo facinoroso e frenetico in questa Real Casa de' matti, afflitto sin dall infanzia da un ernia libera al-

l'anguinaja destra, facendo un lieve sforzo vi soffrì lo strozzamento; adoprossi colle proprie mani di ridurre il tumore, vergognandosi di manifestare altrui l'invecchiato suo male, ma riuscite inutili le sue manovre, gli fu forza per la violenza dei sintomi renderlo palese; fu quindi tradotto nell'ospedaletto di quello stabilimento.

Quivi fu esaminato il giorno 14 febbraro del 1838., due giorni dopo il cominciamento dei sintomi: all' osservazione di un tumore bislungo pari al volume di una grossa petronciana, teso, dolentissimo, irreducibile, alle nausee, al vomito, al singhiozzo si riconobbe tosto la malattia e la indicazione d' adempiere; fu senza dimora alcuna istituito un largo salasso dal braccio, si applicarono numerose mignatte sul tumore, e vi si fecero ripetute fregagioni colla pomata di belladonna; furono replicati bagni praticati; ma tutto senza utilità. Tralasciati i mezzi medicamentosi si praticò l'operazione, la quale fu fatta nel seguente modo.

Divisa la pelle con una incisione di tre pollici lungo l' asse del tumore, separati gli strati sottostanti, si pervenne al sacco, il quale aperto, diede molta quantità di siero sanguinolento. Esplorata l' ansa intestinale si trovò livida in gran parte ed ecchimosata, ma non punto nella sua tessitura offesa. Essa era incarcerata nel collo del sacco che si era oltremodo ristretto: dopo fatto il convenevole sbrigliamento si potè facilmente riporre la viscera: e questo appena eseguito, cominciarono i sintomi dell' incarcerazione a calmarsi. Apprestati alquanto dopo l' operazione i clisteri mollitivi si ottennero abbondanti evacuazioni alvine; somministrata verso la sera una limonea vegetabile i sintomi e le altre molestie continuarono a declinare.

Al secondo giorno dell' operazione l'epigastrio divenne ad un tratto dolente, ed il ventre intumidì. L' applicazione di 20 mignatte e di un cataplasma ammollitivo sulla sede del dolore, indi la somministrazione di un'oncia d'olio di mandorle dolci ed altrettanto di giulebbe di altea diminuirono la pericolosa tensione e

l'eccessiva sensibilità dell' epigastrio. La piaga fu rinvenuta di ottimo aspetto; cominciavano i bottoni carnosi della granulazione. Tutto d'allora in poi procedette regolarmente senza alcuna vicenda in contrario. La piaga fu cauterizzata col nitrato d'argento per tre volte, e il giorno 9. marzo il Foderà uscì dello spedaletto perfettamente guarito.

Riflessioni. — La precedente osservazione non presentò altro d'interessante, che l'ammalato negli accessi di mania rimoveva l' apparecchio, ed il chirurgo di guardia era obligato rinnovarlo: che per due o tre volte l' infermo si alzò dal letto nel secondo giorno dell' operazione senza tornargli alcun male, e che era divorato da fame, che lo struggeva e disperatamente gridava che volea mangiare, per cui fu d' uopo accordargli una zuppa di vermicelli onde metterlo in calma.

Il Foderà ci offrì due altre belle osservazioni, la prima, che durante l'operazione ci mantenne la parola di non muoversi nè gridare, e l'altra più interessante, che nello stesso gli accessi cerebrali non si allontanarono durante la malattia acuta, fenomeno altra volta non osservato negli alienati di questa Real Casa, in cui durante le malattie acute generali o locali, la pazzia quasi sempre tace, e come da quelle si guariscono tornano disgraziatamente nel primiero stato di mentale alienazione.

Ernia inguinale destra strozzata dall' anello; operazione seguita dalla morte.

Storia X.ª — A Bernardo Profeta da Morreale, contadino di 50. anni nel primo Febbrajo 1833. dietro violenti sforzi, incarcerossi un'ernia all'inguine destro per la riduzione della quale non essendo bastati i tentativi d' ogni sorte se ne venne l' indomani a questo spedale civile di Palermo. Accintici all' operazione in sul momento, attesa la violenza dei sintomi, ch' erano forti e sovrastavano con empito, l'esecuzione ne fu facile e da promettere buona riuscita: l' intestino si mostrò il-

leso : poco dopo l' operazione seguirono abbondanti scariche alvine , ma i sintomi al 4. giorno crebbero con tanta ferocia che uccisero l'infermo nello stesso giorno.

Eseguitasene l'autopsia, il peritoneo in tutto quasi l'ambito suo e le tenui intestina in grande estensione presentarono profonde vestigia di progredita infiammazione ; e quella porzione dell' intestino trovata chiusa ed incarcerata nel sacco sì pel colore che per l'intima organizzazione facea vedere di essere stata infiammata e gangrenata in due punti ed aderente all' orificio interno del canale inguinale con delle briglie, che dimostravano l' antichità del morbo. Da ciò facilmente emerge come sovente avviene, che gli ammalati si perdono dopo l' operazione dell' ernia , senza calcolarsi da coloro che bevono all' ingrosso l' entero-peritonite presistente all' operazione , e le complicazioni e morbose alterazioni , che si rinvengono appena che si scopre il sacco erniario.

Ernia inguinale sinistra strozzata; guarita col tasside.

Storia XI.ª — Il Padre Salvatore la Brana Monaco di S. Francesco di Paola, dell' età di anni 34 di costituzione forte, di temperamento sanguigno, con idiosincrasia biliosa, nel 1830 per la prima volta si lagnò di dolore con gonfiammento all' inguine sinistro , che mano mano crescendo diede nascimento ad un ernia cronica , che rilasciò siffattamente l' anello , che la maggior parte degl' intestini e porzione dello epiploo stanziavano in quell' enorme tumore. Per la larghezza che avea acquistato l'anello, per la smisurata grandezza del tumore non po'è mai contenersi l' ernia con cinto di sorta , ed all' incontro diverse volte del giorno con facilità l' infermo la rientrava, e per lo mezzo di un fazzoletto la teneva in sito.

Non avvenne così la mattina degli 8. di luglio , in cui dopo aver mangiato un' insalata con pomi d' oro cipolle e faggiuoli , l' ernia per la distensione che sof-

frirono gl' intestini s'incarcerò ed il tumore divenne teso come un tamburo, dolentissimo e di un rosso sbiadato; poco dopo si associarono meteorismo, vomito, singhiozzo e assideramento generale, con polsi piccoli e tardi, sudori freddi, faccia ippocratica, che ci sembrava di dover da un momento all'altro spirare. In tale stato ordinammo l'applicazione di 60 sanguisughe sull' ambito del tumore, ed alla caduta di queste un bagno generale caldo prolungato, e poi unzioni di pomata di belladonna sull'anello inguinale, cataplasmi ammollienti, e clisteri con olio di semi di lino.

La gran copia del sangue che sgorgò fece divenire meno intensi i dolori e più cedevole il tumore in modo, che tentammo il tasside e ci riuscì facilissima l'introduzione dell'ansa intestinale nell'addomine, ma non perciò cessarono il meteorismo il vomito ed i dolori in tutta la regione addominale, abbenchè l'infermo avesse avuto delle copiose scariche ventrali, cosicchè la persistenza dei sintomi doveva ripetersi piuttosto dalla preesistente gastro-enterite, che dallo strangolamento dell'ernia. Si ritornò quindi al sanguisugio, ai lassativi, ai bagni o alle limonee, ed alla rigorosa dieta; mezzi tutti, che contribuirono e far ritornare in dieci giorni lo infermo alla perfetta sanità.

Riflessioni. — Dalla precedente osservazione chiaro si scorge che anche nell'ernie croniche l'abuso dei cibi che svolgono molt'aria, può dar luogo allo strozzamento, e tutti i sintomi osservansi dell' ernie acute strozzate particolarmente allorchè vi si complica irritazione gastro-enterica, siccome avvenne nel nostro infermo, che trovavasi afflitto da molti giorni da dolori viscerali e febbre.

L'antichità dell'ernia, la larghezza dell'anello, l'enorme volume in cui era arrivato, non ci avrebbero certamente imposto di procrastinare l' operazione al dopo pranzo se il sanguisugio non produceva l'effetto desiderato di rilasciare i tessuti, e far diminuire quel treno di sintomi allarmanti, e rendere agevole l' operazione del tasside, giacchè noi portiamo opinione, che anche

nell'ernie per intasamento allorchè si sono esauriti i soliti presidi dell'arte ed i sintomi persistono, bisogna immediatamente passare all'operazione. L'algidismo in cui cadde l'ammalato dopo lo strozzamento dell'ernia, la mancanza dei polsi, il sudore freddo erano prodotti dallo stato di strozzamento, e perchè la vita erasi tutta per così dire concentrata nella regione ipogastrica, e nel tumore in particolare; in effetto diminuita dopo il salasso quella specie d'inceppamento nel sistema irrigatore sanguigno, la reazione arteriosa ritornò, e con essa il calore generale, ed i sudori freddi, e l'assideramento si allontanarono.

Gli stessi felici risultamenti mediante l'uso continuato de'cataplasmi di malva e lattuga, de' semicupj replicati delle unzioni della pomata di belladonna de' clisteri di decozione di malva ed olio e del tasside giudiziosamente praticato abbiamo ottenuto in persona di S. E. il Duca di Laurino Intendente di Palermo. L'ernia era da tre giorni incarcerata, ma senza quel treno di sintomi che impongono al chirurgo il dovere di passare tosto all'erniotomia allorchè i mezzi suddivisati tornano infruttuosi ed i sintomi dello strozzamento divengono più imponenti. E sebbene nel caso di cui parlasi, vi fosse stato qualcuno de'nostri chirurghi, che, senza avere osservato l'infermo, andava vociferando che si dovesse tosto praticare l'operazione, noi fummo costanti nello escluderla, perchè non ne conoscevamo un preciso bisogno.

Il nostro giudizio, ed i mezzi impiegati non solo furono sanciti da valorosi chirurghi della scuola napolitana, massime dal professor Cattolica, ma il fatto corrispose a ciò che ne avevam detto.

L' identica osservazione abbiam pur fatta nel principio di gennaro di quest' anno in persona dell' Ex-Provinciale Oglialoro di S. Francesco di Paola; e coi mezzi stessi impiegati vantaggiosamente pel Sig. Duca di Laurino, abbiamo ottenuto la riduzione dell' ernia senza esser ricorso all' operazione, siccome da altri si era proposto.

Ernia inguinale destra incarcerata ; operazione , seguita dalla morte.

Storia XII.a — Giusto Picone vinajuolo di Misilmeri d'anni 80 di costituzione forte con idiosincrasia biliosa, portava da moltissimi anni un' ernia cronica al lato destro , che manteneva riparata col brachiere. Il giorno 28 Agosto 1841 mentre accudiva ai proprî affari, trovandosi senza cinto erniario, intese scendere gli intestini , come egli riferiva, accompagnati da dolore, tensione dell' addomine , nausee e vomiti. Visitato da un chirurgo furono applicati cataplasmi ammollienti e sei sanguisughe sul tumore senza che l' infermo ne ritraesse alcun vantaggio, poichè i sintomi continuarono per tre giorni , si giudicò allora dal chirurgo passarsi all' operazione. La mattina del primo di settembre l'operazione fu fatta. Si eseguì da quel chirurgo una lunghissima incisione, incominciandola dalla spina anteriore superiore dell' ileo la prolungò sino alla metà dello scroto mettendo allo scoverto il cordone spermatico ed il testicolo corrispondente.

Questa prima parte dell' operazione fu eseguita con manovre brusche e non opportune ; aprì inferiormente il sacco ed incontrando delle difficoltà nella riduzione dell' ernia , com' era regolare perchè non avea dilatato l' anello, si contentò di recidere una porzione dell' epiploo , da cui fluì gran copia di sangue , e lasciò l' intestino nello stato d' incarceramento; riunì la ferita con delle strisce d' empiastro adesivo , coprendola con cataplasmi di malva, sperando che la natura avesse spontaneamente ridotto l' ansa intestinale.

I sintomi dell' incarceramento incalzarono , e vi si unirono quelli irritativi prodotti dell' estensione della ferita. Tale era lo stato dell' infermo , la sera dell' operazione, in cui da noi venne la prima volta osservato.

Prima di tutto si fece salassare e si consultò il chirurgo operatore ed il di lui ajutante , onde fargli conoscere il vero stato in cui trovavasi l' infermo ; poi si passò all' operazione. Rimosso l' apparecchio , si nettò

de' grumi la vasta ferita, si aprì superiormente il sacco, si dilatò l'anello, e si ridusse in cavità l' ansa intestinale del cieco che formava ernia coll' appendice vermicolare, sebbene ecchimosata. Fasciossi l' ammalato e si affidò il resto della cura ai chirurghi curanti. Pochi minuti dopo la riduzione dell' ernia, ebbe luogo una esplosione d' aria dal retto con positivo sollievo dell' infermo, che contribuì non poco a far cedere il meteorismo, e fugare parte de' sintomi ch' esistevano prima di questa seconda operazione. Coll' ajuto de' clisteri di decozione di malva ed olio di lino, si ebbero delle scariche ventrali copiosissime, ma senza alcun prò giacchè la intensità della entero-peritonite faceva rapidi progressi in modo che nel quinto giorno dopo l' operazione l' ammalato cessò di vivere. Non si curò di fare la sezione del cadavere che avrebbe fornito degli elementi sufficienti, onde poter dimostrare le lesioni organiche degl' intestini, e de' suoi annessi.

Riflessioni. — 1.ª Che l' infermo fu inopportunamente preparato prima di passarsi all' erniotomia.

2.ª Che prima dell' operazione per circa due giorni fu strapazzato dal tasside, e che il chirurgo quanto più difficoltà incontrò nella riduzione, tanto più si ostinò a praticare degli sforzi per ottenerla.

3.ª Che si praticò l' operazione troppo tardi, e con manovre inopportune.

4.ª Che l' ansa dell' intestino, che faceva ernia, apparteneva al sacco del cieco, colla sua appendice vermiforme, intestino, che non è tanto facile ad osservarlo incarcerato, e che noi due sole volte lo abbiamo incontrato.

ARTICOLO II.

Ernie Crurali.

1. Il margine riflesso dell'aponevrosi del grande obliquo, o il ponte di Pauparzio nell' avvicinarsi al pube forma un' espansione aponeurotica falciforme detta la porzione riflessa della arcata o ligamento di Gimbernat: la sua forma è triangolare, e giace a piano inclinato dall' avanti all'indietro, il suo margine anteriore si continua coll' arcata crurale, il posteriore s' inserisce alla cresta del pube, l'esterno concavo e falciforme ne costituisce la base; guarda la vena femorale, forma il contorno interno dell'anello crurale ed è teso come tagliente, l'apice s'inserisce alla spina del pube. Questo ligamento secondo Velpeau viene costituito dall' estremità di molte aponeurosi cosicchè da basso in alto si osservano. 1.° la lamina profonda della fascia sottocutanea del ventre. 2.° il dartos. 3.° la lamina superficiale del fascialata. 4.° gli attacchi pubiani delle fibre incrocicchiate, che costituiscono l' orlo superiore dell' anello inguinale esterno. 5.° la porzione posteriore del pilastro esterno del lato corrispondente. 6.° le fibre di origine del cremastere nell' uomo, quelle del ligamento rotondo presso la donna, e del gubernaculum testis nel feto. 7.° gli attacchi di quella porzione del pilastro interno del lato opposto, che costituiscono il legamento del Colles. 8.° la fascia intermuscolare del grande e piccolo obbliquo. 9.° la fascia intermusculare del piccolo obbliquo, e del muscolo trasversale. 10.° il tendine della parte inferiore del trasverso. 11.° la porzione aponeurotica del muscolo retto. 12.° l'attacco pubiano alla fascetta ileo pubiana. 13.° l' origine del ventaglio fibroso interno, che concorre a formare l' imbuto

dei vasi femorali. 14.° la fascia trasversale. 15. l'estremità del ligamento sotto-pubiano.

Quello intervallo, che passa fra la base semilunare del ligamento di Gimbernat ed il lato interno della vena femorale è stato denominato anello crurale, il quale ci presenta un canale, come nell'inguine, poichè l' inclinazione dall' avanti all' indietro del ligamento di Gimbernat, e la distanza della cresta del pube dal margine anteriore del ligamento falloppiano, non è minore di mezzo pollice: siccome dice Scarpa questo canale è tagliato a penna da scrivere, in modo che la parete superiore ed anteriore è più breve della posteriore. La sua apertura esterna nello stato naturale è divisa in due porzioni dai vasi crurali. La porzione interna di figura triangolare più larga in fuori che in dentro, è circoscritta dalla parte della linea mediana dell' orlo concavo e tagliente, dal ligamento di Gimbernat, avanti dal ligamento di Falloppio, in dietro dalla cresta ileo pettinea, fuori dalla vena crurale dall'arteria dello stesso nome, e dalla epigastrica. La porzione esterna triangolare ma molto più stretta della precedente è circoscritta in avanti dal ligamento di Pouparzio, indietro dalla fascia iliaca nel punto in cui passa alla coscia e continua col fascialata, in fuori dall'angolo, che riunisce l'aponeurosi iliaca al ligamento crurale, indietro dall'arteria femorale ed epigastrica.

L'ernia crurale esterna potrebbe a rigore succedere, ma rarissime volte avviene perchè la porzione esterna dell'anello crurale è riempita in gran parte dai vasi crurali, e non lascia che un piccolo spazio con tessuto cellulare assai fitto. L' interna al contrario è più frequente per la profondità e larghezza della porzione interna dello anello crurale, perchè questo è in un punto il più declive della fossa iliaca, e finalmente per quello spazio che si osserva fra la vena femorale e l' orlo semilunare del ligamento di Gimbernat riempito da un ganglio linfatico, e da tessuto cellulare assai lasco e poco resistente agli sforzi delle viscere.

La lamina profonda della fascia superficiale addomi-

nale di cui precedentemente si è fatta parola nella sua porzione inguinale è crivellata per lo passaggio dei vasi linfatici, sostiene ed inviluppa i gangli superficiali dell' anguinaja, e spiega per i suoi attacchi interni ed in fuori la direzione riflessa, che offrono quasi sempre l' ernie crurali.

La lamina profonda della fascia superficiale della coscia si fissa in alto alla cresta iliaca ed alla metà esterna del ligamento di Gimbernat vi passa sopra senza aderirvi per continuare colla lamina profonda della fascia superficiale addominale; più indietro s' inserisce nella cresta sottospinosa del pube, e verso il perineo nella branca ischio-pubiana. Nel canale crurale detta lamina ricuopre i gangli superficiali dell'inguine, i quali per conseguente si trovano compresi e chiusi tra la lamina profonda della fascia superficiale della coscia e quella della fascia superficiale addominale.

La fascia trasversale precedentemente descritta viene costituita da alcune fibre, le quali abbiamo distinte in interne esterne ed anteriori. Le interne sieguono la direzione del muscolo retto e s' inseriscono nella cresta del pube per l' estensione di un pollice o un pollice e mezzo a partire dalla spina pubiana. Le esterne parallelle alle interne scendono verticalmente sino all' orlo superiore del canale crurale rimpetto l' arteria e vena femorale ove si curvano in fuori e sotto il cordone spermatico ed i vasi dello stesso, per accompagnare il margine superiore della lista ileo-pubiana sino alla cresta iliaca, ove s' inseriscono.

La fascia trasversale di Thomson descritta dal Velpeau sotto il nome di fascia propria, tappezza tutta la fossa iliaca, chiude l' entrata del canale crurale, ove costituisce il setto crurale di Cloquet, tutta la faccia interna delle pareti addominali dal pube sino al diaframma, e dalla linea mediana anteriore sino alla linea mediana posteriore. E' separata dal peritoneo, dai piccoli nervi del plesso lombare, dal grasso e dal tessuto puramente cellulare: nella sua spessezza si trovano l' arteria epigastrica, e l' origine della circonflessa

dell'ileo, le sue aderenze sino alla fascia iliaca, fino alle bandelette che costituiscono il canale crurale, sin alla cresta iliaca, non sono intime, ma divengono in generale altrettanto più forti a seconda che si avvicinano alla linea mediana e al diaframma.

Dopo di aver tolto il peritoneo, lo strato celluloso, e la fascia propria della fossa iliaca si vede in fuori ed in avanti una fettuccia fibrosa, che nasce dal terzo anteriore della cresta iliaca, da cui vengono gran numero di fibre, come attaccate sulla faccia peritoneale del fascialata che detta fettuccia decussa nel cominciamento quasi ad angolo retto, ed a livello della spina antero-superiore sembra essere formata da tre ordini di fibre. Si restringe nel punto d'incrocicchiamento e si divide in modo che la sua branca superiore, la quale segue la direzione dell'arcata crurale, va a fissarsi presso la sinfisi nella cresta sopra-pubiana, allargandosi per concorrere alla formazione del ligamento di Gimbernat; la sua branca inferiore abbassandosi al contrario passa dietro i vasi iliaci tra essi e la fascia iliaca che ricopre il muscolo psoas, per andarsi a fissare sul distretto superiore all' eminenza ileo pettinea. L' insieme di tutte queste fibre costituisce la fascetta ileo-pubiana, la quale in questo modo è distesa sotto-forma di fascia dal lato della cresta crurale, ed è divisa come per costituire l'apertura iliaca del canale crurale in dietro, in guisa che il suo margine superiore è concavo in alto, e l' inferiore lo è in basso.

La branca inferiore della fascetta ileo-pubiana sembra essere decussata verso la sua fine da un fascetto fibroso, a cui si è dato il nome di fascetta ileo-pubiana.

La fascetta ileo-pelviana è decussata parimente un poco più in fuori da uno slargamento divergente del tendine del piccolo psoas, le fibre del quale, passando le une al di sopra e le altre al di sotto, si portano queste sull'eminenza ileo-pettinea, e quelle nell' imbuto crurale di cui appresso parleremo. Detta fascia è altresì incrocicchiata da una serie di fibre pelvi-crurali, che sem-

brano nascere dal suo orlo iliaco, e portandosi in fuori ed in avanti del corpo del pube si perdono come le precedenti nella parete posteriore dell' imbuto crurale. Finalmente una serie di fibre, nascendo dalla cresta sopra-pubiana tra le fascette ileo-pelviane e le fascette ileo-pubiane presso la loro estremità interna, portasi in forma di fettuccia in fuori ed in giù sino al davanti, o indietro dei vasi femorali, e perviene all' imbuto crurale. Alcune di queste fibre nel suo piano posteriore si dirigono da dietro in avanti, s' intrecciano con quelle del piccolo psoas, formano un setto, pel quale passano l' arteria e la vena, e si uniscono con quelle del piano anteriore. Da tutto questo risulta una grande apertura quasi ellittica, formata superiormente dalla branca addominale della fascetta ileo-pubiana, inferiormente della branca iliaca di questa stessa fascetta e dagli altri incrocicchiamenti di cui abbiamo fatto menzione.

Il suo angolo interno è ottuso pel ligamento del Gimbernat, e l'esterno al contrario rimane acutissimo. Questa apertura, divisa in due porzioni ineguali dai vasi femorali, anteriormente continua per mezzo di uno strato fibroso in tutta la estensione del canale sotto forma di un cono, la di cui sommità termina alla tunica esterna dei vasi femorali al livello dell' entrata della safena nella vena crurale. Quella specie d' imbuto adunque costituito dal descritto complesso di fibre è una cavità a due ricettacoli, interrotta in alcuni punti da un intrecciamento di vasi e da una vera lamina fibrosa. La sua parete anteriore, è nascosta nella lamina falciforme del fascialata, e la posteriore giace sulla lamina profonda della stessa fascia.

Nella parte interna sembra continuare col margine concavo del ligamento di Gimbernat, e nella parte esterna è separata dalla lamina del fascialata, che scende sul lato interno del muscolo psoas ed iliaco, da una quantità considerevole di tessuto adiposo.

Il descritto apparecchio sin'oggi è stato confuso ora col fascialata, ed or colla fascia-propria, e la fascetta

ileo-pubiana è stata ordinariamente descritta per una porzione della fascia-iliaca e del ligamento di Falloppio.

II. Le viscere, che si rinvengono nell' ernie crurali sono l' epiploo, il cieco a dritta, l' S iliaca del colon a sinistra, più frequentemente gl' intestini gracili per la loro mobilità, e rare volte la vescica, l'utero, le ovaje, il testicolo, e le glandole seminali.

III. Tutte le cause enunciate nell'ernie inguinali possono dar luogo alla protrusione del peritoneo e delle viscere per l' anello crurale, dopo di avere spinto in avanti e lacerata la sottile membranella che lo copre. Il tumore erniario in questo caso guadagna l'anello e discende verticalmente, non per entro la guaina aponeurotica dei vasi femorali, come credeva A. Cooper, ma lungo il lato interno della vena crurale al davanti del foglietto profondo del fascialata e dietro il corno esterno o superiore del processo falciforme, perviene nella fossa ovale e discende sino a quel punto ove la vena safena si scarica nella crurale, indi l' ernia si dirige in avanti, guadagna l' orificio inferiore del canale crurale, e rimonta gradatamente sino al livello, ed alcune volte al di sopra del ligamento di Falloppio, ove viene a collocarsi trasversalmente in una linea parallela al ligamento suddetto.

IV. Gli assidui moti della flessione della coscia contribuiscono in gran parte a questa disposizione; si capisce benissimo, che l' ernie di cui si parla potranno presentare cangiamenti rimarchevoli lungo il loro tragitto a seconda delle circostanze, che le complicano. Gli organi che le costituiscono si possono alterare, e contrarre numerose aderenze colle pareti circostanti in ragion diretta della data della malattia e dei ripetuti processi infiammatorî.

V. Lo spazio, che esiste tra la spina iliaca superiore e quella del pube, è più considerevole nella donna che nell'uomo, e però in esse l'apertura addominale in conseguenza si trova necessariamente più grande. Il canale inguinale inoltre è più angusto nelle donne, e vie-

ne esattamente riempito dal ligamento rotondo dell'utero. Le viscere in seguito ad uno sforzo qualunque, trovando resistenza in quel punto, si portano nella fossetta crurale della regione iliaca, e guadagnano più facilmente le due aperture del canale femorale. Da ciò risulta, che l'ernia femorale è più frequente nella donna che nell'uomo, ed il celebre Morgagni al proposito così si esprime « *mihi, ut verum fatear, nondum nisi in foeminis accidit, ut eam viderem* » Sandifort, Walter, Arnaud la rinvennero una volta per ciaschedunо sull'uomo, e lo stesso Scarpa, che ci ha fatto dono di una dottissima memoria sull' ernie crurali, non ha rapportato che pochissimi esempî. Noi abbiamo osservato sin'oggi l'ernia crurale in otto individui, tre uomini, e cinque donne.

VI. L' ernie, di che si discorre, rare volte acquistano un grosso volume, attesa la disposizione del canale crurale, il quale trovandosi in una escavazione le viscere strozzate rimangono indietro a certe profondità. Il sacco erniario per conseguenza racchiude una piccola quantità di liquido in maniera che si trova allo spesso quasi immediatamente applicato sull' intestino.

VII. Si riconosce quest' ernia sotto forma di un tumore globoso arrotondito situato sulla parte media ed un poco interna della piega della coscia; o pure ovale ed allungato nel senso di questa piegatura; qualora rimonta al davanti del ligamento di Falloppio può confondersi col bubbonocele, ma la sua doppia direzione, la sua forma allungata trasversalmente, la sua situazione in fuori ed al di sotto del cordone spermatico, e l' influenza marcata delle diverse posizioni della coscia sul suo grado di tensione e sul suo volume serviranno in questo caso a dileguare le dubbiezze.

In principio la diagnosi dell'ernia crurale è difficilissima, perchè si trova profondamente infossata nell'arcata crurale. Le circostanze commemorative di uno sforzo con dolore sordo e profondo nelle parti interne della piega della coscia, l' osservare col dito indice l'esistenza di un tumore erniario nella direzione del cana-

le crurale, ed all' opposto l' esser libero l' anello ed il canale inguinale, sono dati che potranno chiarire la conoscenza di questa malattia. L' ernia crurale differisce dall' inguinale per la sua diversa posizione. La prima è profondamente situata nella piegatura della coscia dal lato del pube potendosi a stento coll' apice del dito riconoscere il ligamento Falloppiano, tutte le volte che sia voluminosa. La seconda all' incontro rinviensi al di sopra della piegatura della coscia, e palpando colle dita intorno al suo collo si distinguono i margini tendinosi dell'anello inguinale, ed alcune volte lateralmente e posteriormente all' ernia il cordone spermatico nell'uomo; differisce dalla forma e direzione diversa. L'ernia inguinale rappresenta un tumore di figura piramidale diretto dal fianco al pube, e la femorale un tumore di forma ovale avente per lo più il suo maggior diametro in linea parallela alla piegatura dell' inguine. La distinzione di queste due ernie è più difficile a conoscersi nella donna che nell'uomo a causa della mancanza del cordone testicolare e del ravvicinamento de' due anelli.

Per i cennati caratteri l' ernie delle quali tiensi discorso non saranno confuse con gl' ingorgamenti linfatici, nè cogli ascessi per congestione alla parte anteriore e superiore della coscia, stante la manifesta fluttuazione che questi ultimi presentano, e finalmente nè meno coi tumori varicosi della safena per lo colore bruno della pelle che li ricopre. I gangli linfatici infiammati alcune volte possono suscitare il vomito simpatico, e mascherare in tal modo i sintomi di strozzamento. E' stato indicato come segno patognomonico del l'ernie crurali l'ingorgamento della coscia, l'edema del piede e delle gambe per la compressione che si esercita lungo i vasi e nervi crurali, ma questi sintomi potendo derivare ancora da altri tumori, dee l' accorto pratico tenerli come dubbiosi.

VIII. Tutte le volte che l' ernia è libera si passerà alla sua riduzione (1). La sua cura radicale è più difficile ad ottenersi dell' inguinale, per la ragione che l'a-

nello crurale è formato in parte dalle ossa, e non presenta quella tendenza a restringersi come l'anello inguinale.

L'ernie crurali sono più facili a contrarre numerose aderenze tra gli organi strozzati col sacco peritoneale e ciò pei continui movimenti delle coscia. In questo caso se le aderenze sono recenti, e non si è formato ancora quello strato albuminoso incompiutamente organizzato ha luogo la riduzione; ove però fossero antiche, e briglie e numerosi e lunghi filamenti esistessero, sarà impossibile la riduzione delle viscere. In tale emergenza, siccome tante volte si è detto sul proposito dell'ernia inguinale, se non si sbrigliano compiutamente le aderenze, di cui è parola, continueranno le coliche ed i sintomi di strozzamento, ad onta della riduzione e della bene eseguita operazione. Finalmente se desse sono totalmente intime ed antiche, che tutti i tentativi di separare le viscere e l'epiploo dal sacco ritorneranno a danno dell'infermo, allora il chirurgo viene obbligato ad imitare Petit, cui conviene pure Velpeau, lasciare cioè la parte in sito dopo un conveniente sbrigliamento.

IX. Ordinariamente l'ernia crurale è strozzata più dal contorno dell'orifizio aponeurotico che dal collo del sacco erniario, e lo strozzamento ha la sua sede or nell'orifizio superiore del canale, or nell'inferiore. Nel primo caso l'orlo libero del ligamento di Gimbernat n'è l'agente, nel secondo il corno superiore della piega falciforme.

In quanto alle varietà dei diversi strozzamenti si potranno nell'ernie crurali rinvenire tutte quelle complicazioni, di cui precedentemente abbiam fatto parola nel trattato dell'ernie inguinali; solamente rimane ad aggiungere, che nell'ernie del cieco qualche volta la estremità libera dell'appendice vermiforme aderisce al collo del sacco erniario in un punto qualunque della sua cavità. Inoltre, se l'intestino viene a rimuoversi nel suo contorno, troverà in questa disposizione una nuova causa di strozzamento, la piegatura mesenterica

di quest'appendice può rompersi ugualmente e lasciarvi penetrare, come la tela epiploica, l'ansa intestinale. Tale complicazione potrà ben'anco effettuarsi nell'ernie inguinali.

X. L'ernia crurale nella sua circonferenza esterna viene costeggiata da dietro in avanti dalla vena iliaca, dall'arteria dello stesso nome, dall'origine dei vasi epigastrici. E però nello strozzamento, se si sbriglia in fuori ed in dietro, potrà l'infermo restar vittima della lesione del grosso tronco arterioso; se in fuori ed in alto potrà offendersi l'arteria epigastrica; se in sopra l'arteria spermatica, ed alcune volte l'epigastrica nel punto del loro incrocicchiamento. E' prudenza dunque di portare il bistorino verso la semicirconferenza interna, come consiglia Velpeau, per evitare i tristi risultamenti della emorragia. Non pertanto in questo luogo non si va esente da pericolo, giacchè se si sbriglia in dentro ed in sopra, può incontrarsi parimente l'arteria spermatica, se in dentro ed in basso l'otturatrice, qualora nasca dall'epigastrica, come nota Sabatier. Questa arteria dà origine a due branche, che han richiamata l'attenzione dei chirurghi per le loro numerose anomalie, ed hanno dato luogo ad un gran numero di processi operatorî. Pott poco curandosi della lesione del cordone e dei vasi spermatici sbrigliava in alto; e Arnaud rapporta due vittime in seguito delle lesioni dell'arteria spermatica, ed il timore dell'emorragia lo condusse a valersi delle cesoje per tagliare il collo del sacco e di un uncinetto per sollevare l'arcata cruraie invece di fare uso del bistorino. Dopo lui Gimbernat, Scarpa, Boyer, e la maggior parte dei pratici moderni, dividono l'espansione triangolare del pilastro esterno dell'anello, e portano il tagliente dello strumento in dentro ed in basso verso la spina del pube, val quanto dire parallellamente alla direzione dell'arcata crurale. Questo metodo sembra dover meritare la preferenza e nell'uomo e nella donna, perchè sbrigliando in questo senso non s'incontrano arterie la di cui lesione potrebbe essere di grave pericolo. Boyer siegue il pro-

cesso di Gimbernat. Hey opposto a questo metodo crede, che sbrigliando in dentro si possa ferire l'utero e la vescica quando è distesa dall' urina e ne rapporta un' esempio e conchiude di sbrigliare secondo Scarpa. Volendo combattere Arnaud su tale idea sostiene, che l'arteria spermatica non potrà essere ferita a meno che non si tagli in totalità il ligamento di Poupart. Sabatier raccomanda di sbrigliare seguendo una linea che conduce all' ombelico. Sharp incide in fuori ed in alto. Dupuytren inclina a sostenere di aver riprodotto e modificato questo processo, e di non offrire gl' inconvenienti di sopra enunciati, si serve di un bistorino bottonato a lama stretta e convessa sull' orlo tagliente, e sbriglia dall'interno all' esterno di sotto in sopra parallellamente ai vasi spermatici; la forma del bistorino curvo sul dorso tagliente sulla convessità permette, dice egli, di togliere lo strozzamento prima che lo strumento sia penetrato sino ai vasi epigastrici, che sono inviluppati nello strato cellulare sotto-peritoneale, e dall'altra parte l' obbliquità dell' incisione, mette in salvo il cordone da qualunque lesione. Else incide l' aponeurosi del grande obbliquo al di sopra e nel senso del ligamento di Poupart, scosta il cordone e lo porta indietro ed in alto, penetra nel peritoneo, fa scorrere una tenta curva ad uncino fra il collo del sacco e l'anello da dietro in avanti e dall' interno all' esterno, e sbriglia in seguito senza alcuna paura e tanto largamente, quanto egli desidera. A. Cooper incide egualmente l' aponeurosi, scosta il cordone e sbriglia dallo esterno all' interno senza aprire il sacco: questi due processi al dire di Velpeau messi un certo numero di volte ad esperimento nell'ospedale di Londra hanno riunito un gran numero d' inconvenienti. I signori Roche e Sanson consigliano di sbrigliare direttamente in alto senza alcun pericolo, tutte le volte che il costringimento stà poco elevato e per conseguente formato dal contorno dell'orificio inferiore del canale crurale. Qualora poi lo strozzamento ha la sua sede al livello dell'anello crurale e viene costituito dal contorno di questa apertura

in tal caso dicono essi il taglio dovrà dirigersi su i lati di questo contorno sulla parte superiore formata dal ligamento di Falloppio o sull'interna, che termina l'orlo concavo del ligamento di Gimbernat (m).

Il timore dell' emorragia in seguito dell' operazione dell'ernia crurale, troppo oltre esagerato dai signori Arnaud e Le Blanch, fece per un istante preferire la dilatazione allo sbrigliamento, adottando il primo un uncinetto, ed il secondo un dilatatore. Questi processi sono interamente proscritti dalla chirurgia moderna.

Finalmente bisogna convenire con Velpeau , che in qualunque caso è prudenza di sbrigliare sulla base del ligamento di Gimbernat, sì in fuori che in alto; poichè quivi in un caso solo potrebbe l'operatore imbattersi in qualche disgustoso accidente , quando cioè l' arteria otturatrice nata dall'epigastrica passa al di sotto del collo del tumore per discendere al forame sotto-pubiano.

Noi usiamo il gammautte di A. Cooper : introdotto il dito facciamo scorrere il bistorino sull' orlo concavo del ligamento di Gimbernat che vien tagliato da fuori in dentro ed un pò da alto in basso.

Ernia crurale strozzata e guarita coll' operazione.

Storia 1.ª — Toccava l' anno 60. di sua vita Giuseppe Cagnino da Palermo , il quale dotato di bilioso temperamento , ma di gracile costituzione , facendo il mestiere di sartore portava da più tempo senza soffrirne molestia all' arcata crurale sinistra un tumore pari alla grossezza di una noce. Un dì tra le convulsioni di una tosse inquieta , che suscitavagli il vomito , provò un dolor vivo all'inguine con tensione e gonfiore della parte , ed il giorno appresso domandò asilo in questo ospedale grande.

Presentava sulla parte media e più all' interno della piegatura della coscia un tumore quasi sferico, che appalesava l' esistenza di un' ernia crurale. Furono tosto applicate mignatte e cataplasmi ammollienti, e fugli amministrato olio di mandorle dolci. Così pure nel giorno

appresso. Nel terzo giorno ricomparve il vomito, i polsi si fecero piccoli e vibranti, arida e rossa divenne la lingua, il ventre meteorizzato, urente la pelle e l'inguine dolentissimo. Convocati a tal'uopo i chirurghi dello stabilimento, ed esaminato il tumore, avvertissi una leggiera fluttuazione nella sua parte superiore che diede motivo a varie opinioni. Fuvvi chi ebbe il tumore per un bubbone, chi per un ascesso, fu da noi giudicato un'ernia crurale strozzata contenente una porzione di epiploo gangrenata, e praticammo l' erniotomia per timore che l' infiammazione non avesse accresciuta la sua intensità. Eseguita la incisone de' tegumenti delle lamine del tessuto cellulare sottocutaneo e de' strati peritoneali, sboccò gran quantità di pus dalla parte inferiore della ferita incanalandosi lungo la scanalatura della tenta. A vista di ciò taluni tennero per fermo la esistenza di un ascesso.

Noi intanto continuammo il taglio, ed aperto in totalità il sacco erniario con nostra sodisfazione osservammo un ammasso di epiploo in parte mortificato e dietro l' arcata crurale un' ansa d' intestino leggiermente ecchimosata. Non fu più dubbia l' esistenza di un entero-epiplocele, ed il fatto fece svanire le concepite illusioni sulla natura della malattia.

Asportata quella porzione di epiploo gangrenato, e rotte tutte le aderenze, che univano l'ansa dell'intestino ai margini dell' arcata crurale, passammo allo sbrigliamento del ligamento di Gimbernat. L' ansa intestinale fu rimessa in cavità, si adattò la compressa bucherata spalmata di cerato di Galeno, e la solita fasciatura.

Continuò per due giorni il vomito accompagnato dai sintomi di peritonite e gastro-enterite. Le reiterate applicazioni di mignatte nella regione addominale, i cataplasmi ammollienti, e gli antiflogistici i più energici, in breve tempo produssero la guarigione dell' infermo.

Riflessioni. — Abbenchè i tumori cistici, le idatidi, l' ingorgamento delle glandole inguinali, le varici della safena, e gli ascessi possano bene spesso mentire l'ernia crurale pel loro sito e figura, pur tuttavolta nel

caso precedente, i sintomi di strozzamento, l' elasticità del tumore verso la sua parte esterna, ove facile riusciva la riduzione parziale, la pastosità della sua porzione interna, e la difficoltà di poterlo in quel punto ridurre, somministravano segni evidenti dell' esistenza di un' entero-epiplocele. Gli ascessi della regione inguinale sono l' effetto di varie complicazioni morbose; l'infiammazione del tessuto cellulare addominale può cagionarli: altre fiate ripetono la loro origine dalla carie vertebrale: le materie purulente in questo caso infiltrate si conducono sulla cavità dell' addomine, sparse da principio tra il peritoneo e l' aponeurosi si trasportano in seguito nell'inguine, e formano gli ascessi per congestione: sovente il pus invece di farsi strada per l'orificio femorale del canale crurale, ed accumularsi fra lo strato cellulare sottocutaneo, continua a discendere lungo il muscolo sartorio e raccogliesi nel basso della coscia. Finalmente, oltre le tante complicazioni morbose nell'epiplocele in seguito all'infiammazione del sacco peritoneale, lo epiploo può contrarre numerose aderenze con le parti circostanti, formare differenti briglie da potere promuovere lo strozzamento, e costituire con le pareti del sacco una cavità ripiena di materie purulente.

Stabilito in siffatta guisa un ascesso potrà guarirsi con l'operazione dell' ernia, tutte le volte che lo strozzamento vi si accompagna o pure termina felicemente aprendosi al difuori.

L' ascesso, che nel caso nostro complicava l' entero-epiplocele, sembra abbia avuto origine dall' aderenze formatesi tra l' epiploo e l' intestino con le pareti interne del sacco erniario dopo l'infiammazione delle parti strozzate, infiammazione, che cagionò la mortificazione di una porzione d' epiploo per le brusche manovre del tasside, che produsse altresì l'infiammazione del sacco, che accrebbe la flogosì già esistente. È osservazione costante fatta in questo grande ospedale, che gli ammalati afflitti da ernie prima di entrarvi sono stati bastantemente maltrattati dal tasside usato da mano inesperta, e sovente abbiamo osservato che gli ammalati,

erniosi occultano i rimedî usati fuori l' ospedale, ed il vero giorno dello strozzamento dell' ernie.

Ernia crurale sinistra strozzata al collo, e guarita coll' operazione.

Storia II.ª— Era in sul quarantesimo anno di sua età una certa Concetta Scalia di abito e di corpo inclinante all' idiosincrasia epatica. Il dì 10. dicembre del 1836 entrò in questo civico spedale con ernia crurale sinistra. Furono tentati infruttuosamente i mezzi del tasside, ed i sintomi dello strozzamento aumentando in intensità mettevano in pericolo i giorni dell' inferma. L'operazione frattanto sollecitamente eseguita da noi riusciva con felice successo. Al 4. giorno lo stato generale era in positivo miglioramento, e tutto procedeva regolarmente. Al decimo, rimosso l' apparecchio, si osservò l' irritazione della piaga prodotta dalla presenza di due lombrici; che si videro uscire dal fondo della medesima sulla quale si applicava un piumacciolo di filacciche con delle compresse a piramidi, onde esercitarvi una moderata compressione. All' 11. giorno si cauterizzò colla pietra infernale, ciò che si continuò sino al giorno 20. in cui si ebbe piena guarigioae.

Riflessioni. — L'uscita dei lombrici dalla piaga dopo 10. giorni dell' operazione, e la rapidità della guarigione meritano la nostra attenzione.

Il processo infiammatorio, abbenchè lento, che colpì l' ansa intestinale incarcerata, diede luogo alla ulcerazioce delle tuniche dell' intestino in quel punto che avea formato l' ernia, il quale forse aderendosi alle pareti del canale crurale diede luogo all' uscita dei lombrici per l' ulcerazione delle tuniche intestinali, in quel punto in cui queste erano assottigliate, e furon cacciati dalla piaga dopo 10 giorni; nè supporre si potrebbe, che l'intestino venisse ferito durante l'operazione, perchè avrebbe dato luogo all' uscita delle materie fecali dalla piaga, ciò che non avvenne, nè pria, nè dopo. La rapidità della guarigione mercè la cauteriz-

zazione e la moderata compressione provano chiaramente che l'intestino fu ulcerato in un piccolissimo spazio, giacchè se l'estensione della piaga era di molto allargata, non si sarebbe cicatrizzata così sollecitamente nel breve spazio di 26 giorni.

Ernia crurale destra strozzata e guarita coll'operazione.

Storia III.a—Rosalia Convesci da Palermo di anni 42. di temperamento linfatico, di fibra debole e molle da lungo tempo portava un'ernia crurale destra, che custodiva gelosamente con un brachiere. Addì 11 giugno del 1836. in seguito di un violento sforzo l'ernia incarcerossi. Nella sera dello stesso giorno si ricuperò in questo civico spedale a chiedere il soccorso dell'arte. Presentava un tumore alla parte crurale destra teso dolente di color rosso bruno, che si estendeva a tutta la regione inguinale. Gonfie erano le grandi labbra, e precisamente il destro, piccoli e frequenti i polsi, meteorizzato il ventre, continui i singhiozzi ed i vomiti di materie stercoracee, sommamente prostrate le forze. Un salasso generoso dal braccio, trenta sanguisughe alla circonferenza del tumore, e bagni generali caldi furono tosto adoperati. Non si tralasciò pertanto la locale applicazione della pomata di belladonna per sedare lo spasmo delle parti. Riuscite inefficaci le manovre del tasside, si prese partito di ricorrere all'operazione. Tagliati i tegumenti le lamine del tessuto celluloso sopra peritoneale ed il sacco erniario, da cui fluì gran copia di siero sanguinolento, si presentò a nudo l'ansa intestinale di un color nero pavonazzo, la di cui alterazione esterna ci fece per un istante palpitare sull'avvenimento della gangrena, ma l'attento esame delle parti dileguò il timore: tolto lo strozzamento, l'intestino fu rimesso nella cavità dell'addomine: dopo qualche pajo d'ore si aprì spontaneamente il ventre. Dopo la calma di un giorno a causa dell'abuso smodato dei cibi clandestinamente dall'inferma divorati, il vomito

il singhiozzo i sintomi infiammatorî sursero con gagliardia. I purgativi oleosi, i cataplasmi ammollienti, le moltiplici applicazioni di mignatte sull'addomine domarono il processo flogistico. Nei giorni appresso l'inferma immegliò notabilmente, e nel dì 13. luglio era ella tornata in perfetta salute.

Riflessioni. — La precedente osservazione non ci avrebbe offerto alcuna novità, se l' inferma non divorava gran quantità di cibi difficili a digerirsi, ed in un momento in cui gl' intestini trovavansi ancora irritati dalla flogosi preesistente all' operazione, come il mostrò l'ansa intestinale: che l'irritazione sviluppatasi per l'erniotomia, aggiunta a quella prodotta dal guasto ed inopportuno alimento, restò superata dai mezzi impiegati efficacissimi.

Ernia crurale sinistra. Operazione. Morte.

Storia IV. — Nella metà di giugno del 1837 il Barone Bravo da Palermo in età di anni 84 di temperamento bilioso e di robusta costituzione fu sorpreso da dolore all'inguine sinistro ch' egli non curò punto; accudiva ai propri affari e si purgava generosamente col tartrato acidolo di potassa, ma i dolori addominali il singhiozzo, il vomito di materie fecali sursero tosto in campo, e l'obbligarono a guardare il letto. Nel giorno quinto, invitati insieme co' Dott. Salvatore Locascio e Leonardo Musso osservammo un' ernia crurale acuta strozzata, e proponemmo come ultima risorsa l' operazione, protestando l' incertezza del risultamento per le brusche manovre del tasside, e per l'infiammazione aggravata dal purgante preso nel tempo dello strozzamento. Aperto il sacco erniario, si trovò l' intestino colpito da gangrena, perforato e suggellato in vari punti. Si cercò di lasciarlo fuori per costituire un' ano anormale, ma l'ammalato morì di entero-peritonite gangrenosa nel secondo giorno dell' operazione.

Riflessioni. — Ledran d' accordo con tutt' i chirurghi dice che nell' ernia è cosa molto pericolosa lascia-

re a lungo tempo l'intestino strozzato per gli accidenti che costantemente si manifestano, dei quali l' infermo resterà vittima. E per questa ragione il vecchio di Coo vietava rigorosamente l' operazione dell' ernia elassi sei giorni dello strozzamento. La resistenza delle pareti del canale crurale, e precisamente del ligamento di Gimbernat fa conoscere il perchè il processo gangrenoso si manifesti con più rapidità nell' ernie crurali che nelle inguinali. In tale emergenza dunque fa d' uopo al più presto ricorrere ai soccorsi della mano chirurgica per arrestare que' guasti, che trascinerebbero a triste conseguenze. Conviene però ingenuamente confessare non potersi tale massima nella generalità dei casi estendere; e Velpeau al proposito soggiunge. « Il faut donc se garder de conclure que dans toutes les hernies crurales la gangrène se montre avec trop de rapiditè pour qu'au-delà de quelques jours on puisse encore compter sur quelques chanes de succès ». Il prelodato clinico rapporta di aver operato una donna di 45. anni dopo lo strozzamento i di cui sintomi erano stati rapidissimi. L'ansa intestinale si trovò nerastra, ma non offrì verun segno di stabilita gangrena; dopo lo sbrigliamento, la riduzione fu facile, e l' operazione venne coronata da felice successo. In seguito lo stesso chirurgo operò un' altra donna dell'età di 48 anni 24. ore dopo lo strozzamento: dopo di avere sbrigliato, dice egli, abbiamo tirato in fuora senza sforzo e senza difficoltà una lunga porzione d'intestino, ed abbiamo osservato che era perforato in due punti differenti sulla circonferenza ch'era stata strangolata. Questa donna morì l' indomani, e l'apertura del cadavere fece vedere, che la gangrena avea invaso una gran parte dell'intestino gracile.

Da ciò emerge, che non si può in tutti i casi di ernia con certezza precisare l'epoca, in cui le viscere sono affette da gangrena dopo la loro incarcerazione. Le cause i sintomi e la data dell' ernia, le circostanze peculiari che si manifestano, il temperamento e la costituzione dell' infermo, i sintomi generali del processo infiammatorio gangrenoso somministreranno in ogni

evento dei dati approssimativi sul diagnostico; siccome ci venne fatto di osservare nel nostro infermo, il quale decrepito e debole per l'età, strapazzato il tumor colle brusche manovre del tasside, irritato dal purgante per proprio consiglio usato nel colmo dell' irritazione gastro-enterica, e trascurato nel corso di cinque giorni lo strozzamento, furono delle cagioni sufficienti a produrre la gangrena e la morte.

Ernia crurale destra strozzata. Operazione. Morte.

Storia V.ª — La Signora Maria Tranchìna da Palermo, madre di più figli, dell' età di anni 65., di temperamento sanguigno con idiosincrasia biliosa, di costituzione debole, facendo dei sforzi per alzare una cesta da terra intese tale scroscio all' inguine, come si fosse rotta qualche cosa. Tosto vi comparve un gonfiamento del volume di un uovo di colomba, che sensibilmente cresceva, a cui l' inferma riparar credette con unzioni di olio; poco appresso manifestaronsi il vomito, il singhiozzo, il meteorismo, e la costipazione; elassi due giorni, ed interpellato il consiglio di un medico, questo non curando di osservare l' inferma caratterizzò la malattia per un' irritazione gastro-enterica, e cercò curarla col succo di sonco, e coll' olio di mandorle dolci: ma lungi di calmarsi i sintomi viemaggiormente incalzavano in modo, che un altro medico fu adibito, il quale osservando più da vicino l'ammata si avvide trattarsi di un' ernia crurale, e subito ordinò, che si praticasse il salasso, il bagno, le mignatte sul tumore, ed i clisteri di decotto di nicoziana: il singhiozzo ingagliardiva, ed erano scorsi sei giorni allorchè fummo chiamati con i dot: Morici e Mansella, i quali giudicarono conveniente passarsi subito all'operazione, la quale fu tantosto eseguita: situata convenientemente l'inferma, e fatta un' incisione lungo il tumore per circa tre pollici per mezzo di una tenta scanalata scalfendo il tessuto adiposo, si arrivò al sacco erniario, e inciso questo, tosto venne fuori l' ansa inte-

stinale, la quale trovossi gangrenata, tiratane fuora una nuova porzione si presentò per oltre a tre pollici tutta perforata e gangrenata, si pensò concordemente da tutti lasciarla alla detta ferita, onde stabilire l'ano anormale. Ma da lì a poco, cominciando i sintomi infiammatorî a divenir più violenti, ed estendendosi la gangrena per tutta la cavità addominale, dopo tre giorni l'inferma cessò di vivere.

Riflessioni. — La precedente osservazione ci somministra delle idee a confermarci sempreppiù, che il differimento dell'operazione dell'ernie crurali torna quasi sempre a danno degli ammalati, ed a disdecoro dell'operatore, e noi viviamo persuasi, che qualora la Tranchina si fosse operata prima del sesto giorno non sarebbesi sviluppata la gangrena, e l'inferma sarebbe guarita.

Ernia crurale sinistra strozzata; guarita coll' operazione.

Storia VI.ª — Maria Bozzetta da Canicatti dell'età di anni 46. di temperamento forte, con idiosincrasia biliosa, di condizione contadina, entrava nel grande ospedale di Palermo li 20. settembre 1840. con ernia crurale strozzata all'inguine sinistro; soffriva l'ernia da circa quattro mesi senza mai aver pensato a porsi un cinto erniario; un giorno, mentre che attendea ai lavori campestri, il tumore divenne tutto ad un tratto voluminoso e dolente; nè valsero le pressioni esercitate colla mano propria, nè quelle fatte da un chirurgo di villaggio, nè la fasciatura da quest' ultimo all' uopo adattata, sicchè giudicò conveniente chiamare in di lei ajuto un altro medico, che le prescrisse cataplasmi ammollienti e sanguisughe; ma tornati pure inutili questi ultimi mezzi, entrò l'inferma nell'ospedale con tutti i sintomi dell' incarceramento; singhiozzo, meteorismo, vomito, costipazione di ventre, febbre ecc: Dapprima si ricorse al sanguisugio, ai bagni generali, al salasso del piede e del braccio, alle unzioni della po-

mata di belladonna, ed ai cataplasmi ammollienti; tornati vani questi ajuti si decise di passarsi all' operazione. Fatto il taglio dei tegumenti, ed aperto il sacco, si trovò l' ansa intestinale ecchimosata, ma riuscì alquanto difficile la dilatazione dell' anello col bistorino di Cooper, perchè appena ammetteva l' introduzione del dito: tagliato l'anello del sacco, che costituiva lo strozzamento, si osservò nell' ansa dell' intestino nel luogo dello strozzamento una impressione sulle tuniche dello stesso, come se vi fosse stato stretto un laccio; osservata in tutta la sua parete l' ansa intestinale e trovatala sana, si ridusse in cavità. Si medicò la ferita colla solita compressa bucherata e la fascia a spiga inguinale. Si ripose l' ammalata a letto, e le si prescrissero delle limonee vegetabili. Elasse due ore dalla operazione ebbe delle scariche ventrali copiose. L' indimani trovando i polsi molto eccitati si ordinò un salasso di sei once, e s' insistè sull' uso delle limonee vegetabili; vi furono dejezioni alvine spontanee, ed i polsi presero lo stato naturale.

Al quarto giorno si tolse l' apparecchio e si rinvenne della marcia abbondante, e la piaga di lodevole aspetto, meno che nel centro in cui l' epiploo era alquanto mortificato; si medicò coll' unguento di stirace, e questo metodo si tenne per altri quattro giorni; spogliata la piaga interamente, si medicò colle filacciche spalmate di cerato di Galeno, e da tanto in tanto si cauterizzò col nitrato di argento fuso; nel giorno 21. ottobre l' operata uscì perfettamente guarita dallo stabilimento.

Riflessioni. — La precedente osservazione non ci offre altro d' interessante, che il cappio formato dal collaretto del sacco, che avea così fortemente strozzato l'ansa intestinale, che differendo l' operazione, sicuramente avrebbe avuto luogo o la gangrena dell' ansa strozzata, o pure la recisione delle tuniche dell' intestino prodotta unicamente dal collaretto interno del sacco. Ecco la conchiusione che nell'ernie strozzate l'operazione è più vantaggioso per l' ammalato e per l' operatore di

accelerarla piuttosto che ritardarla, abbenchè qualche volta il treno dei sintomi di strozzamento non sia molto pronunziato, siccome avvenne nell' ammalata, che ha formato il soggetto della presente osservazione.

Ernia crurale destra strozzata. Operazione. Morte.

Storia VII. — La signora Marchesa Gallidoro da Palermo di anni 83. di temperamento sanguigno, di costituzione forte, nel dicembre del 1836 fu sopraffatta da ernia crurale destra incarceratasi per gli sforzi della defecazione. Il ventre si fece tosto dolente, e non passò guari che le coliche ostinate, il vomito ed il singhiozzo la travagliarono. Dubitò la stessa inferma che non fossero fenomeni di febbre gastrica biliosa, della quale era da più giorni malata. Ma il Prof. Dominici, di cui Palermo piange ancora la perdita, con sodo criterio riferiva ad altra causa più giusta quei sintomi. In fatti invitati noi, ed accertatici della esistenza di un' ernia crurale, proponemmo sollecitamente l'operazione opinando che ogni indugio potea compromettere la vita dell' inferma. Consultati per volere dei parenti altri Professori, chi fu di accordo per l' operazione, chi prodigò elogî al vapore di tabacco, chi alla pomata di belladonna, e chi finalmente credette, che il sanguisugio, i semicupî, i cataplasmi ammollienti, e le manovre del tasside ne avrebbero ottenuta la guarigione. Tutto fu praticato, ma inutilmente, anzi pel vapore della nicoziana si esasperarono le coliche, ed i dolori si diffusero per tutto l'addomine e fecero determinare per l'operazione, la quale verso sera venne eseguita da noi in presenza dei Professori Dominici Cutronei e Fichera.

Fatta una larga incisione sul tumore, tagliate le lamine successivamente del tessuto cellulare sopraperitoneale, ed aperto il sacco erniario si presentò l'ansa intestinale senza alcuna alterazione, che fu rimessa nella cavità dell'addomine in seguito dello sbrigliamento del ligamento di Gimbernat; terminata appena l'operazione

le scariche ventrali ebbero luogo, e quella serie di molesti sintomi come per incantesimo dileguaronsi; furon prescritti brodi e limonee, e si ebbe un' assoluto riposo.

Nel 2.° e 3.° giorno le urine scorrevano abbondanti il ventre era libero e l'inferma alquanto migliorata chiedeva di cibarsi.

Al 5.° giorno ricomparvero i sintomi della febbre gastrica, che durante l'incarcerazione dell' ernia si stettero in tregua: il ventre divenne dolente, la lingua arida e secca, si riaccese la sete inestinguibile, e ricomparve il calore alla pelle. Il Prof. Dominici ritornò al bagno ed all'uso del latte di asina, sospeso durante lo strozzamento. La piaga si mostrò in buona condizione.

Nei giorni appresso i sintomi della gastro-enterite si fecero più intensi, il ventre per altro si mantenne lubrico durante la malattia. Allo spuntar del settimo giorno una insidiosa calma racchetando i sintomi d' irritazione destò una lusinghiera speranza negli animi degl' inesperti.

Il ventre sgonfiossi: agghiacciarono l'estremità, sudori profusi, vischiosi inondarono la pelle, la faccia divenne cadaverica, i polsi smarrironsi, l' inferma entrò in agonia, svanirono le speranze, e la morte chiuse la scena. Per volontà dei parenti non potè eseguirsi la necroscopia tanto necessaria in simil caso.

Riflessioni. — L' esito di una malattia sovente trae origine dalle complicazioni morbose che l' accompagnano, indipendentemente dal processo operatorio, o dal modo con cui viene eseguito.

Tale idea dovrebbe per un' istante farci istruiti sulla necessità dell'operazione, qualora si potessero antivedere le tristi complicazioni, che ne conseguirebbero.

La gastro-entero-peritonite sovente può preesistere allo strozzamento, e riaccendersi maggiormente dopo l' operazione. In questo caso è prudenza adibire tutti i mezzi conducenti a domarla prima di eseguirla. Ma non sempre essa può differirsi e precisamente, ove i sintomi di strozzamento siano talmente intensi, che

mettono in pericolo la vita dell' infermo col passaggio del processo infiammatorio al gangrenoso, giacchè non è sempre vero che tutti gli ammalati operati di ernia incarcerata devono guarirsi.

Le complicazioni preesistenti all' erniotomia, i fenomeni morbosi, che alla stessa si complicano dopo il taglio, e particolarmente l'entero-peritonite, sono cagioni potentissime a far succumbere gli ammalati, e con ciò facilmente si spiega che non in tutte le operazioni di questa sorta debba portarsi vittoria, e sono stolti a parer nostro coloro che vanno ricercando, e frugolando nello stomaco e negli intestini le cagioni della morte, e l' umanità e la scienza fremono di orrore a tante scelleratezze.

Ernia crurale strozzata: guarita colla pomata di belladonna.

Storia VIII. — La signora Girolama Raccuglia da Palermo di anni 58 di temperamento nervoso e di debole costituzione, venditrice di polvere di Cipro, portava sin da quattro anni un' ernia crurale destra. Nel giorno 6 maggio del 1830 tentando sospingere una cassettina di chiodi di ferro sentì un dolore intenso all'inguine, e poco dopo fu sopraffatta da vomito, da singhiozzi, e da coliche ostinate. Il tumore erniario si fece dolente ed in breve divenne del volume di un'uovo di gallina. Adibiti bentosto noi prescrivemmo tutti gli antiflogistici locali e generali che riuscirono poco efficaci. A vincere o lenire in parte l' intensità del processo infiammatorio, bisognò novellamente ricorrere alla flebotomia ed al sanguisugio, ma l' età dell' inferma, e l' estrema prostrazione delle forze non permettevano tanta perdita di fluido sostentatore della vita, per locchè si usò pomata di belladonna, che ritrovando le parti preparate dagli antiflogistici e dai lassativi, contribuì alla riduzione spontanea dell'ernia dopo 10 ore, e si osservò il tumore rammollito, abbassato e con la cessazione del vomito.

Nel giorno appresso, replicate le frizioni, scomparve affatto il tumore, e la mattina del 9 maggio l'inferma tornossene al libero esercizio del suo mestiere. Questa osservazione fa conoscere il felice successo conseguito per le unzioni locali della belladonna, e maggiormente conferma l'efficacia dell'indicato mezzo nella riduzione dell'ernia strozzata per semplice contrazione muscolare.

Si è negato giustamente la contrazione attiva delle fibre aponeurotiche, avuto riguardo alla forza propria di elasticità, ma noi non sappiamo con quanta ragionevolezza si è preteso escludere interamente la loro contrazione spasmodica.

Le fibre aponeurotiche, che sono quasi una continuazione delle muscolari, per la contrazione di quest' ultime tendono a ravvicinare gli orli dell'apertura erniaria e vi esercitano per conseguenza una pressione analoga a quella muscolare. Questa verità viene corroborata dalla teoria di Boyer. Nel canale inguinale le fibre, che formano il pilastro esterno s' inseriscono nella cresta sottospinosa nello stesso tempo che il pilastro interno si fissa nella linea simile del lato opposto. Questi due pilastri dopo essersi scostati superiormente s'incontrano in un angolo acuto, e terminano davanti al pube. Da ciò ne risulta che l' azione del grande obbliquo in seguito dell' estensione delle pareti addominali ravvicina gli orli in modo che trasforma l'anello inguinale in un vero occhiello, e produce lo strozzamento per semplice azione muscolare. La pomata di belladonna in questo caso applicata localmente è il più efficace agente, che può disciogliere lo spasmo muscolare, quindi lo strozzamento delle viscere contenute nell' ernia.

Le fibre *En sautoir* dice Velpeau che formano il lato superiore dell'anello inguinale sottoposte all' azione del grande obbliquo fanno in modo che stringono i tre bordi, e li ravvicinano tra loro sotto l'influenza de'muscoli, ed allora non solo può avvenire uno strozzamento spasmodico, ma i narcotici ed i vomitivi saranno mezzi utilissimi per eseguire il tasside nell'ernie inguinali.

La medesima ragione milita per il canale crurale atteso i rapporti e l' intima connessione delle fibre aponeurotiche con le fibre muscolari, e precisamente del ligamento di Gimbernat, il quale risulta dall'estensione di un gran numero di fascetti fibrosi, siccome abbiamo precedentemente esposto.

Diversi mezzi si sono impiegati per la riduzione dell' ernia strozzata, onde poter liberare l'infermo da una penosa operazione. Chi prodiga elogî alle ripetute manovre del tasside, chi ai salassi, chi all' applicazione del freddo, chi all' amministrazione dell' oppio, e chi alla docciatura eseguita sul tumore con acqua fredda, con giaccio o con muriato di soda e di ammoniaca. Yeatreman riferisce diversi casi di ernie strozzate ridotte coll' uso degli enunciati rimedi, ma egli rimprovera con ragione quei chirurghi, che per aver trascurato l'operazione dieder campo alla gangrena dell' intestino, mentre era in loro potere di prevenire questo infortunio. Sembra però doversi la preferenza all' indicato presidio tutte le volte che le manovre del tasside ritornassero inefficaci, e le circostanze dello strozzamento lo richiedessero. L' esperienza il conferma, e l' anatomia topografica somministra chiare prove al convincimento. Rosalia Palmiggiano, D. Matteo Calandra da Palermo ed altri individui, che continuamente entrano in questo Ospedale con ernie sciolte hanno sperimentato per consiglio nostro i benefici effetti delle topiche applicazioni della pomata di belladonna, come mezzo efficacissimo, onde fugare i sintomi dell' incarceramento rientrando l' ansa intestinale nella cavità addominale: preconizzando i vantaggiosi effetti dell'estratto di belladonna, non intendiamo di escludere l'operazione nel tempo in cui questo estratto e gli altri mezzi soliti a mettersi in uso in simili casi, non han prodotto l' effetto desiderato, giacchè nell' ernie temporeggiando l' operazione, la malattia imperversa, e tutto tornerà inutile abbenchè l' erniotomia sia eseguita da mano maestra.

Ernia crurale sinistra, strozzata, guarita coll' operazione.

Storia IX. — Anna Santoro da Palermo dell' età di anni 40 di temperamento forte con idiosincrasia biliosa madre di più figli, soffrì nel 1827 un' incomodo all' inguine sinistro, che fu accompagnato da dolori, e rigonfiamento, che essa poco curò, ma nel giugno del 1840. facendo dei forti sforzi per alzare una cesta ricolma di pannilini, intese dolori accompagnati da considerevole gonfiore, e poi vomito, singhiozzo e costipazione di ventre si manifestarono. Il giorno 23. giugno chiese asilo in questo spedale civile, ed osservata da noi prescrivemmo un salasso generale, 30. sanguisughe al tumore erniario tanto più, che l' inferma lagnavasi di forti dolori a tutta la regione addominale, ciocchè dimostrava chiaramente un' incipiente entero-peritonite. Tornati inutili i salassi generali, e locali, i bagni, i cataplasmi amollienti, e l' applicazione della pomata di belladonna, si passò ad eseguire l' operazione, la quale fu facile, e pronta, e solo si rinvenne di notabile, che l' ansa dell' intestino era suggellata in varj punti, che conservava la forma e spessezza ordinaria; inciso l' anello, che formava il cappio all' intestino, s' introdusse in cavità, e si medicò colla pezza bucherata e la fasciatura solita ad usarsi in simili casi.

Sembravaci che i sintomi dell' incarceramento doveano cedere, ma all' incontro sensibilmente incalzarono in modo da farci dubitare d' un interno strozzamento, ma quello che più monta si fu l'osservare, che l' entero-peritonite sensibilmente cresceva, e con essa la costipazione di ventre; i salassi, i bagni ed i clisteri di olio di lino non fruttarono l' effetto desiderato sino al terzo giorno dell' operazione, quando tutto ad un tratto ebbe delle copiose scariche ventrali con positivo sollievo.

Nel quinto giorno si cambiò l'apparecchio, e si rinvenne pus in gran copia e fetidissimo. Si medicò con unguento stirace, ed internamente si prescrisse dell'olio di mandorle dolci col giulebbe di altea e brodi. Non si

ommetteva frattanto di farle prendere in ogni giorno un semicupio, che sensibilmente contribuiva a fugare gli avanzi dell' entero-peritonite.

Nel settimo giorno la piaga si trovò spogliata di quella superficie giallastra, si medicò coll'unguento stiracc sino al 12. giorno ed indi or si medicò con filacciche asciutte, ed or con cerato di Galeno, e al 20. giorno si cauterizzò colla pietra infernale ed al trentesimo settimo l' inferma uscì dallo spedale perfettamente guarita.

Riflessioni. — La precedente osservazione ci offre due circostanze degne di essere notate; la entero-peritonite, che preesisteva all' operazione, e la suggellazione dell' intestino, e noi per lo meglio dell' inferma afflitta di ernia strozzata, allorchè una simile complicazione ha luogo, non possiamo stancarci di raccomandare, e salassi indiretti, e salassi diretti, onde non dar luogo ad accrescersi maggiormente l' entero-peritonite, che sovente dopo l'operazione è inevitabile per gl'immediati rapporti, che il sacco erniario ha col peritoneo e cogl' intestini.

La persistenza dei sintomi dopo fatta l' operazione e la ostinata costipazione non deve ad altra cagione attribuirsi, che all' entero-peritonite che tuttora persisteva, e che la presenza di quella immensa copia di materie escrementizie stanziate negl' intestini, maggiormente accrescevano il dolore ed il meteorismo per lo svolgimento dell'aria, che dagli stessi esalava, ed in effetto sotto le scariche ventrali il meteorismo si abbassò, ed i dolori cessarono. La suggellazione dell'ansa intestinale contribuiva a parer nostro a far divenire più intensa la entero-peritonite, e perchè l' irritazione dell' ansa intestinale strozzata irradiandosi a tutto il pacchetto intestinale, ne rendeva più intensi i fenomeni morbosi. Non può rimproverarsi nella presente osservazione l' entrata dell' intestino suggellato in cavità, giacchè non spappolandosi fra le dita, e non presentando infine tutti i caratteri della gangrena per stabilirvi un ano anormale, si giudicò prudente ridurlo.

Ernia crurale sinistra incarcerata; guarita col taglio.

Storia X. — Il giorno 27. luglio mentre accudiva agli affari domestici la signora Caterina Lo Porto da Palermo, dell'età di anni 74. di temperamento sanguigno, di gracile costituzione, intese tutto ad un tratto dolore con gonfiamento all' inguine sinistro, che per quanti sforzi essa fece per rientrarlo non potè riuscirvi, siccome le era avvenuto nel passato anno. Si usarono dapprima il sanguisugio, i bagni, i clisteri e l'unzione della pomata di belladonna sul tumore, ma tutti questi mezzi non produssero altro vantaggio, che la diminuzione del meteorismo ed in parte del tumore erniario, mentre persistendo il vomito stercoraceo e la costipazione del ventre, la domani senza ulteriormente differire si passò all' erniotomia, la quale fu facile e pronta, e senza rinvenirsi alcuna complicazione, a menocchè la spessezza del sacco, che per l'antichità della malattia era divenuto coriaceo. L'ansa intestinale uscita fuori del volume d'una nocciola ecchimosata, conservava la forma e la spessezza ordinaria. Due ore dopo la operazione, l'ammalata ebbe scariche ventrali spontanee che contribuirono a dissipare il meteorismo. Si ordinarono dei clisteri con olio di lino, e limonate vegetabili. Il ventre si aprì con sollievo dell' inferma, che osservossi senza febbre, e come se non avesse sofferta operazione di sorta. Nel terzo giorno si cambiò l' apparecchio, e si rinvenne la suppurazione lodevole. Si medicò con filacciche spalmate col cerato di Galeno, medicatura, che fu continuata sino al giorno 18. in cui ebbe luogo la guarigione.

Riflessioni. — Nell'enunciata osservazione è solamente da rimarcarsi, che la cessazione dei sintomi, la picciolezza del tumore avrebbero forse ad altri fatta differire l'operazione mentre l' erniotomia praticata a tempo ci dimostrò, che l' ansa intestinale era bastantemente ecchimosata, e quindi non possiamo far a meno d' inculcare in simili casi sollecitamente la operazione.

L'altra osservazione, che pur merita attenzione si fu che dopo di aver tagliato il primo collaretto del sacco, che costituiva il primo strozzamento ve n'era un secondo, che fu d' uopo dilatare col bistorino di Cooper, e ci fu facile l'introduzione dell'ansa intestinale in cavità.

Ernia crurale sinistra, guarita coll'operazione.

Storia XI. — Giuseppa Averna da Palermo dell'età di anni 50. di tempra forte, con idiosincrasia biliosa, il giorno 2 agosto 1841 entrò in questo spedale civile con ernia crurale al lato sinistro, che ebbe luogo in seguito di una caduta. Essa asserì, che non mai avea sofferto alcuna molestia a quell'inguine. Il tumore presentossi duro e dolente, il vomito era ostinato, il meteorismo poco, il singhiozzo affatto, i polsi erano piccolissimi. Eran già scorse 24 ore dall' incarceramento, e l'ammalata non avea ricevuto alcun beneficio dai mezzi soliti praticarsi in simili incontri; giudicammo quindi conveniente l'operazione, la quale non presentò a dire il vero alcuna complicazione, tranne l' estrema ristrettezza dell' anello, che come un laccio stringeva l' ansa dell'intestino, e siffattamente, che non ci venne facile di potere entrare dapprima l' apice del dito per inciderlo, ma insistendo col dito ci riuscì facile introdurre il bistorino di Cooper, e di togliere il capestro: fu agevole poi riporre l' ansa intestinale, la quale mostrossi ecchimosata, ma conservava la resistenza e la figura ordinaria. Dopo l' operazione tutti i sintomi cedettero, il ventre si mantenne costipato sino al giorno appresso in cui coi clisteri di olio di lino, e decozione di malva si aprì e l'ammalata tornò alla calma. Nel 4. giorno si cambiò l'apparecchio, e la piaga si trovò in buon'aspetto con marcia lodevole; si medicò con filacciche spalmate di cerato di Galeno, e 20 giorni dopo l' operazione l'inferma uscì dall' ospedale guarita.

Riflessioni. — L'operazione precedente può trovarsi fra le più facili e pronte, e l' estrema strettezza dell'anello non può rigorosamente parlando caratterizzarsi

come una complicazione ad avvenire nell' erniotomìa, ma quello che deve rimarcarsi si è, che dal treno dei fenomeni noi non ci attendevamo trovare quel considerevole strozzamento da non permettere per tre o quattro tentativi la introduzione dell'apice del mio dito non solo, ma neppure di una tenta ottusa nell'anello,

Da ciò si deduce, che nell' operazione dell' ernìa sovente avviene imbattersi in complicazioni, che il clinico più esperto non si attendeva.

ARTICOLO III.

ERNIE OMBELICALI.

Le fibre concentriche circolari, che dagli autori sono state descritte per render ragione dell' anello ombelicale, e le fibre aponeurotiche dell' appendice ensiforme che si é detto estendersi sino alla sinfisi del pube, per ispiegare la linea bianca, nella realità non esistono. Essa risulta interamente dall' incrocicchiamento delle fibre tendinose dei muscoli retti dell'addomine ed è forata nella sua parte media da una apertura costituita dal l'incrocicchiamento delle stesse fibre. Quest'apertura det ta anello ombelicale nello stato normale rappresenta la figura di un rombo. La presenza di un' ernia però la rende rotonda, ed allorchè le viscere sono ridotte, e ben mantenute in cavità, riacquista la sua forma, e le sue dimensioni normali. Sino all' epoca della nascita, nella vita intra-uterina dà passaggio ai vasi del cordone ombelicale, alla vena cioè che si trova alla parte superiore, e ch' è separata da un tramezzo di tessuto cellulare dalle arterie e dall' uraco situate nella metà inferiore dell' anello. Queste diverse parti sono riunite al contorno dell' anello per un tessuto cellulare assai fitto. Nell'interno del ventre i vasi ombelicali divergono e formano una specie di cono colla base alla faccia concava del fegato alle regioni ileo-lombari alla sommità delle viscere, e l'apice, che termina all'anello. In questo punto il peritoneo vi aderisce di una maniera assai solida. Allo esterno dello anello i vasi si avvicinano per formare il cordone ombelicale nella di cui espansione si osserva un tessuto cellulare denso, che unisce gli uni agli altri. La pelle circostante vi forma un pro-

un gamento di mezzo pollice di estensione, che si termina per un bordo irregolare e dentellato, il quale si unisce ai vasi mercè un tessuto cellulare lasco, e di là è che incomincia questo ad essere inviluppato da una membrana semitrasparente, e sembra continuarsi coll'epidermide. Quella cicatrice infossata e tubercolosa, che obblitera solidamente l'anello dopo l'epoca estrauterina per essersi ritratti dalla parte del ventre i vasi ombelicali, e per tirar verso di se il contorno dell'anello che aderisce colle loro estremità, ha fatto generalmente credere, che l'ernie ombelicali sovente si trovano nei punti della linea bianca in vicinanza dello anello ombelicale, anzichè per lo anello istesso; la pelle, e la lamina adiposa della fascia superficiale, la fascia comune e la lamina profonda addominale formano l'involucro delle ernie, di cui si parla, che dagli autori sono state distinte in congenite ed accidentali (n).

L'ernie ombelicali si osservano, a sentenza di Scarpa, più frequenti nei bambini, ne' fanciulli e nelle donne madri di più figli anzichè negli adulti e nei vecchi. Osserva inoltre che se per mala ventura avvenga lo strozzamento, la gangrena si dichiarerà più prontamente che in ogni altra specie di ernie, e l'operazione suol avere un funesto risultamento, perchè tardi viene eseguita.

E prudenza dunque in simile evento di buon'ora ricorrere ai soccorsi dell'arte per arrestare i rapidi progressi pel processo infiammatorio al cangrenoso.

Ernia ombelicale strozzata, guarita coll' operazione.

Storia I. — Fra Giuseppe Sparacio Monaco del Convento di S. Francesco di Paola dell'età di anni 49. di temperamento sanguigno, di forte costituzione nell'anno 1822 fu per la prima volta travagliato da dolori all'ombelico con rilasciamento dello anello ombelicale, dal che ne venne un'ernia, che riparava con fascia di tela imbottita di cottone.

In sette anni scorreva libero d'altri accidenti, e non pensò mai quel buon frate a custodire l'ernia con brachiere onde impedirne l' incarcerazione. E addì 3. di marzo del 1830. e dopo di aver mangiato una data quantità di cipolla, lamentavasi verso sera di grande molestia alla regione epigastrica ed ombelicale. Il tumore erniario cresciuto di volume era assai sensibile e dolente sotto la pressione, e la notte i vomiti e il meteorismo le coliche ed i singulti annunziavano l' incarcerazione dell' ernia. Il Chirurgo di quella Communità non trascurò di usare gli antiflogistici i più energici e tentare in pari tempo le manovre del tasside.

Riusciti inefficaci i mezzi di riduzione, e salassi, e semicupii e clisteri e cataplasmi ammollienti reiteraronsi senza prò, anzi l'infermo correva al peggio. E come estremo espediente fu proposta sopra il tumore erniario l'applicazione dell'acqua ghiacciata, e la stessa neve.

Erano in questo stato le cose quando noi fummo chiesti cinque giorni dopo l' incarcerazione: osservammo l' infermo travagliato da vivo dolore in tutta la regione addominale, da vomito di materie stercoracee frammiste a vermini e a bile, da singhiozzi, da meteorismo, da sete ardente, colla lingua coperta di una patina bianco-gialliccia, rossa nei margini, con polsi piccioli ed intermittenti, con sudori freddi alla fronte. Il tumore erniario era di figura sferica, e pari alla grossezza di una piccola melarancia. L' esterna sua superficie colorata di un rosso bruno presentava nel centro una vena varicosa, che dirigevasi verso la parte sinistra.

Impiegati senza alcun vantaggio tutti i mezzi terapeutici che l' arte potrebbe in simili casi prescrivere, si propose da noi l'operazione, che fu sollecitamente eseguita e terminata con felice risultamento; fra non guari le dejezioni alvine ripresero il loro corso naturale, cessavano i vomiti ed i singhiozzi, e più non erano i dolori alla regione addominale.

Nel secondo e terzo giorno si amministrò dell'olio di mandorle dolci con giulebbe di altea, e dei clisteri am-

mollienti che mossero il ventre a copiose evacuazioni di materie biliose fetidissime. Nel 4. giorno fu cambiato l' apparecchio : il pus fluiva abbondante e di buona qualità, la piaga fu medicata con cerato di Galeno, e si prescrisse latte d'asina con decozione di gramigna, e brodo di pollo. Nel 5. 6. 7. 8. giorno si continuò lo stesso trattamento, nel 9. giorno la piaga fu cauterizzata col nitrato di argento fuso, per l'irregolarità della sua granulazione; nei giorni appresso altra volta fu d' uopo ricorrere al caustico, che nel termine di 12 giorni ne indusse la compiuta cicatrice.

Riflessioni. — « L' infanzia, dice Desault, più che » le altre età è soggetta all'ernia ombelicale, in cui le » parti si fanno strada per l' ombelico, e non in vici- » nanza dello stesso, siccome più frequente avviene nei » ragazzi e negli adulti.

» Sabatier sul proposito riferisce, che l'ernia ombe- » licale è più frequente nei bambini che negli adulti » senza dubbio perchè l' ombelico è tanto più suscetti- » bile di dilatazione quanto si è meno lontano dal tem- » po della nascita. — Ma si comprende che possa ab- benchè raramente osservarsi negli adulti e particolarmente nelle donne che hanno fatto molti figli.

Lo strangolamento dell' ernia ombelicale di rado si osserva, e tutte volte che disgraziatamente avviene, come poco innanti abbiam detto, ha tristo risultamento. Il celebre Dionis così si esprime « il est certain que de cette operation il en perit plus qu' il n' en echappe ». E per questa ragione Cooper e Scarpa anche nei casi in cui lo strozzamento del solo omento produce sintomi gravi d' irritazione simpatica l' operazione non solo è necessaria, ma pur' anche è urgente.

Gli antichi hanno esagerato in certo modo i pericoli dell' operazione dell'ernia ombelicale strozzata, anzi Eistero e Pott asseriscono essere quasi sempre mortale.

Monteggia crede che ciò avvenga per l'adito più diretto che ha l'aria nella cavità del ventre e che dispone per ciò quelle viscere a fortemente infiammarsi. Altri dall'interna ed immediata relazione delle parti stroz-

zate con gli organi contenuti nella cavità addominale, ripetono la cagione di un tal infortunio. Altri dall' intensità del processo infiammatorio per essere il peritoneo a quel punto più disposto ad infiammarsi. Altri finalmente perchè d' ordinario in simile evento tardi si ricorre ai soccorsi della mano Chirurgica.

Queste idee sono sanzionate da un gran numero di autori, che sin dai tempi di Celso hanno scritto su questa materia, ma non perciò noi intendiamo voler asserire la riferita osservazione qual nuovo caso in Chirurgia per la sola ragione, che l'ernia pel foro ombellicare oltrecchè si è incontrato in un adulto fu accompagnata dai sintomi potentissimi di strozzamento e coronata di felice successo con l' operazione eseguita dopo cinque giorni d' incarceramento. Simili casi potranno nella pratica rinvenirsi. Ma debbesi però convenire che essi sono estremamente rari.

Numerose aderenze eransi stabilite per l' antica data della malattia tra l'epiploo e le pareti interne del sacco erniario, il di cui collo aderente all' apertura aponeurotica era talmente spessito e di tal durezza cartilaginea che nello sbrigliamento strideva sotto il coltello e crepitava come carta pecora. L' epiploo può diversamente aderire alla faccia interna del suo sacco agli organi strozzati, e far succedere varie complicazioni, la di cui conoscenza molto interessa.

Alcune volte si unisce al collo del sacco erniario e forma nel suo interno una specie di corda, o di ligamento trasverso fissato per le sue due estremità, siccome Arnaud e Scarpa asseriscono. Se ha luogo un' enterocele si concepisce che l'ansa intestinale più o meno compresa da questa briglia potrà strozzarsi nel sacco per l'accumulo delle materie fecali, e di una subita dilatazione prodotta dallo sviluppo dei gas. In altre circostanze l' epiploo aperto a guisa di una rete entra nel sacco, al di cui collo aderisce, si avvolge in seguito in corda, diviene libero e discende per fissarsi nuovamente nel fondo di questa borsa. In questo caso la porzione d' intestino si trova come divisa in due segmenti, e

questa briglia suol divenir causa di strozzamento siccome riferisce Velpeau. Nei casi di entero-epiplocele alle volte l' omento inviluppa gli intestini a guisa di una cuffia talchè questa potrà lacerarsi e permettere il passaggio dell' ansa intestinale attraverso la sua apertura, i di cui bordi si spessiscono talmente che divengono cagione di strozzamento, siccome osservò Boudelauque in una donna incinta afflitta da un ernia ombelicale.

» Si è osservato, dice Boyer, che l' operazione del-
» l'ernia ombelicale strozzata ha spesso un' esito infeli-
» ce, il che nasce senza dubbio in gran parte dal far-
» la sempre troppo tardi » E pure nella riferita osservazione erano passati cinque giorni di strozzamento ed intanto l'ansa intestinale strozzata unitamente ad un ammasso di epiploo erano nel loro stato normale e senza alterazione veruna. Fenomeno in vero, che raramente si osserva in simili casi in cui d' ordinario la gangrena attaccando di morte gli organi strozzati spegne l' infermo inevitabilmente.

FINE.

ANNOTAZIONI

Nota (*a*) pag. 18 — Nella nostra clinica chirurgica pag. 215 trovasi scritto, che una dilatazione varicosa delle vene spermatiche può esser presa spesse volte per un ernia epiploica. A. Cooper dà il seguente precetto — Situato il malato in positura orizzontale e compresso il tumore leggermente nello scroto, appoggiate in seguito le dita fortemente nella parte superiore dell'anello addominale, ed obbligate il malato ad alzarsi. Se il tumore è un' ernia esso non potrà ricomparire fintantocchè si continuerà la pressione dell' anello, ma s' è un cirsocele non solo ricomparirà, ma ingrosserà dippiù per l' ostacolo , che arrecherà la compressione al ritorno del sangue nell' addomine.

Nota (*b*) pag, 22 — In conformità delle idee del Professore Scarpa , noi possiamo riferire due osservazioni di ernie croniche , le quali abbenchè strozzate nel collo del sacco, non si presentarono con sintomi tali da esigere sollecitamente l' operazione. La quale eseguita nell' individuo, che forma l' oggetto della sesta osservazione, dopo 42. ore, era l'intestino ecchimosato così nero, che ci fece per un istante pensare se doveva lasciarsi fuori della cavità per formare un'ano contro natura, ma tenuta presente l' età giovanile dell' infermo e la resistenza delle tuniche intestinali s' introdusse in cavità , e l' operazione fu coronata da felice successo.

Nell' altra operazione in persona di Bozzetta ci avvenne di osservare presso a poco gli stessi fenomeni del Marguglio dopo poche ore dello strozzamento e quindi sta bene la sentenza del clinico di Torino.

Nota (*c*) pag. 22. — Il giorno due maggio del 1836. entrò nello spedale della Carità di Parigi una donna con ernia inguinale destra accompagnata da tutti i sintomi dell' acuto strozzamento. Si tentarono da Velpeau i mezzi del tasside che diedero luogo alla riduzione dell' intestino nella cavità dell' addomine. Si prescrisse

un clistere ed in seguito un bagno generale caldo, l'inferma frattanto agonizzò nel bagno e vi perì. L'apertura del cadavere appalesò gli effetti profondi di un intensa peritonite, la suggellazione gangrenosa degl' intestini tenui in un punto, e lo stravaso delle materie fecali nell'addomine. Egli è da notare, diceva il prelodato clinico, come in questo caso i sintomi non c'indicarono la gangrena dell' intestino ed il tumore all'incontro presentò tutti i caratteri di un ernia recentemente strozzata, che se qualche sospetto sul processo gangrenoso avessimo avuto, lungi dal tentare la riduzione avremmo praticato l' operazione, risecato l'intestino affetto da gangrena, e stabilito un' ano anormale. La storia del Barone Bravo ci offre un quadro uguale all'infortunio avvenuto all'inferma della Carità di cui parla il Velpeau: in effetto il Barone Bravo non fu incomodato gran fatto per circa quattro giorni dai sintomi dell'ernia strozzata in modo, ch' egli uscì di casa, si purgò col cremore di tartaro e ricorse ai presidii dell' arte, allorchè la malattia avea fatto dei progressi e dei guasti organici tali da irradiarsi l' infiammazione gangrenosa non solo all' ansa dell' intestino strozzato, ma bensì a tutto il pacchetto intestinale ed al peritoneo. Se l'enunciato infermo fosse stato più accorto si sarebbe salvato mercè l' erniotomia.

Nota (*d*) pag. 25. — Alcune volte accade che l' ernia venga strozzata ad un tempo e dall' anello e dal restringimento del collo del sacco e nell'operazione è d'uopo incidere non solo il collo del sacco, ma ancora l' anello (oper. cit. Tomo 1 pag. 73).

Nota (*e*) pag. 30. — Si dà il nome di sacco erniario a quella porzione di peritoneo che dai visceri è spinta fuori del ventre e che forma l'integumento immediato dell'ernia. A questo riguardo gli antichi aveano idee confuse. Essi credevano che attraverso di una qualche rottura del peritoneo si formassero l' ernie, le quali perciò da loro chiamaronsi rotture. Egli è vero che fin al tempo di Dionis ammettevasi l'esistenza del sacco nella maggior parte dei casi ed escludevasi solo in alcune ernie speciali, come l'ombelicale, ma fu solo dopo Mauchart, ed Arnaud, dopo la metà dello scorso secolo, in fine dopo l' Accademia di Chirurgia che il sacco si riguardò come parte integrante in ogni ernia per modo che ora non si conosce alcun caso nel quale esso manchi. Fatte però le debite eccezioni; così non esiste allorchè la vescica o il cieco escono dal

vcatre, la prima colla superficie sua anteriore, l' ultimo colla superficie aderente. Questo fatto è stato dimostrato benissimo non ha molto anche contro l' opinione di Scarpa, che ne scrisse a lungo per provare l' opposto. Notisi però, che a questo riguardo àvvi disputa di parole più che disparità d'opinioni Sostenendo che l'ernie del cieco e della vescica hanno il proprio sacco, Scarpa intese dire soltanto, che una porzione più o meno estesa dell' organo fuori uscito è libera, infatti nel tumore trovasi eziandio un prolungamento del peritoneo, come nell'ernie comuni. Da altri non si nega questo fatto, ma affermasi solo, che siccome l' ernia è aderente per la maggior parte della sua superficie non si vuol dare il nome di sacco a quella porzione di peritoneo, che ne ricopre il rimanente.

D' altra parte alcuni credono che l' ernie, le quali sono conseguenze di ferite penetranti nell' addomine hanno un sacco al pari delle altre a menocchè non si formano prima della cicatrice compita del peritoneo. Del resto poi questa è una questione, che non sembra essere stata riguardata dal suo vero lato. Quando una ferita penetrante chiudesi e guarisce ne risulta d' ordinario una cicatrice meno spessa e meno resistente delle pareti addominali. Locchè spiegasi non già perchè le due labbra del peritoneo non siansi riunite, ma bensì perchè invece dei muscoli e dell' aponeurosi in questo luogo non havvi altro che un tessuto celluloso di nuova formazione. Se pertanto quivi si formi un' ernia, tanto nel caso che essa spinge d' innanzi a se la cicatrice, quanto nel caso che la laceri, o devii per passare al di fuori non si comprende la ragione percui essa non debba trovarsi circondata per ogni verso dal peritoneo, e non avere un vero sacco. Ma cotesta cicatrice può in certo modo rimanere indipendentemente dal peritoneo, come del pari è possibile che il medesimo sia aderente al margine dell'apertura, d'onde debban passare i visceri talmente che l'ernia non riceva punto di sacco: quello che avviene in questo caso ha pur luogo nell' ombelico. In fatti ci siamo assicurati per mezzo della dissecazione de' cadaveri, che in generale l' ernie ombelicali mancano di membrana interna, che possa separarsi dagli altri inviluppi; è quello strato liscio, che fu tenuto per sacco è unito in un modo intimo coi tessuti esterni, e si è formato per dilatazione nello stesso modo che avviene nelle cisti ripiene di liquido diafa-

no , o sinoviale , non già per ispostamento o per stiramento del peritoneo.

Queste considerazioni c' inducono ad ammettere 1°. un sacco vero , o per trasposizione del peritoneo , 2°. un sacco falso per semplice distensione di qualsivoglia altra forma di tessuto celluloso , 3°. un sacco incompleto per l' ernia della vescica e del cieco ec. ec. con chè intendiamo dire , che l' ernia è ricoperta interamente da una vera membrana nella massima parte dei casi; parzialmente soltanto in alcuni altri , e che pocchissime volte nell' interno del tumore erniario vedesi una semplice superficie in luogo di una membrana , siccome per via di esempio si scorge nel cavo dell' utero , dove non è che una superficie mucosa , mentre esiste una vera membrana mucosa negl' intestini.

La forma ed il volume del sacco erniario variano in mille modi. Se ne videro emisferici , globulosi , piriformi a rigonfiamento, conici , cilindrici , a doppio sacco con due , tre , e fin quattro colli ; esso può avere il volume di un semplice nocciolo , ed essere della grandezza della testa di un' adulto. La superficie interna del sacco è liscia , umida e in generale non varia da quelle delle altre membrane sierose ; più degna di considerazione è la superficie esterna del medesimo nel sacco vero , questa superficie è ricoperta di uno strato celluloso , il quale merita la più grande attenzione. Questo strato che deve tenersi quale porzione di quello che noi inchiniamo chiamare fascia superficiale interna , o fascia propria del peritoneo , esiste dappertutto ma con lassezza ed aderenza variabilissima nelle diverse parti del cavo addominale. Sopra questo strato celluloso scorrono i vasi generalmente attribuiti al peritoneo.

Esso pel suo indurarsi ed ispessirsi a grado produce ciò , che chiamasi ispessimento o ingrossamento del sacco ; questo strato trasformandosi in membrana filamentosa e semifibrosa , e lasciandosi smagliare dà origine alla forma tuberosa ed alla ineguaglianza della superficie esterna di alcune ernie , oltre a ciò in esso possono svilupparsi l' infiammazione e quindi la suppurazione , come pure altre alterazioni morbose d' ogni genere. Da questo strato finalmente parte il maggior numero dei vasi , che vanno a finire al di sotto della cute dopo di avere trapassato i muscoli e le aponevrosi. Da esso pure nascono quelle piccole masse adipose , che u-

scendo a poco a poco pei fori vascolari degli strati fibrosi e comuni delle pareti addominali, giungono in alcuni casi a protuberare sotto gl' integumenti ed avere così l'aspetto dell' ernia propriamente detta. Trovandosi poi questo strato interamente confuso colle laminette cellulari vicine facilmente distinguesi dal sacco falso, ed invece è una tela da potersi separare od isolare, forma una semplice superficie non iscorrevole sulle parti sottoposte, da ciò si comprende, che fra esso e gli altri inviluppi dell' ernia non si trovarono nè masse pinguedinose, nè raccolte morbose, nè effusione di liquidi, invece del nome di collo dato alla porzione di sacco che rimane all' apertura erniaria, potrebbesi adoperare con più ragione quello di radice; imperocchè il primo importa l' idea di uno strozzamento, che non sempre esiste, mentre che il secondo, che val quanto la parola origine, esprimerebbe esattamente la cosa in tutti i casi; per altro continueremo a valerci del vocabolo collo, non potendo in medicina operatoria derivare gran male. Il collo del sacco adunque, e intendiamo dire del sacco vero, d' ordinario più stretto del corpo e del fondo forma sovente delle pieghe a guisa di una borsa raggrinzata nell' anello, che lo stringe.

Se l'ernia è antica, e se il collo sudetto e l'anello che lo stringe rimanessero a mutuo contatto per molto tempo, queste pieghe aderiranno le une alle altre, e così il collo acquisterà una spessezza e durezza considerevole, come infatti avviene frequentissimamente. L' esistenza di più colli spiegata assai bene da Arnaud e Pellettan e da Scarpa, è facile ad essere concepita dopo i lavori di G. Cloquet. Se un' ernia stata per lungo tempo ridotta comparisca di nuovo e ad un tratto avverrà che il collo del primo sacco essendo troppo stretto e quindi incapace dar ricetto ai visceri sarà questo spinto fuori insieme ad una altra porzione di peritoneo, e così si formerà un secondo collo. Qualora l'istessa cosa avvenga due tre, quattro volte, il sacco presenterà parecchi colli. Allorchè il primo aderisce tenacemente con una parte del suo corpo ai tessuti vicini è possibile che l'altro lo faccia solo deviare in vece di cacciarlo d'innanzi a se in questa sorta di doppio sacco; le due borse sono o al davanti, o lateralmente e non già l' una sopra l'altra. Questi colli possono formarsi anche senza che l'ernia abbia lasciato di esistere, in tal caso ha luogo una nuova discesa al di sopra dell'antica. L'aderenza di un cordone, o di una massa

epiploica è favorevolissima alla formazione di un secondo collo. Pelletan cita un caso, in cui l'omento attraversava tre stringimenti di tal fatta, attaccandosi in fine nella parte inferiore dell' ultimo sacco. In quanto ai colli moltiplici dei sacchi tuberosi possono formarsi in diverse maniere, essi sono, diremo, semplici ernie del sacco attraverso la fibra divaricata del fascio proprio; o di qualche strato fibroso, che ne faccia le veci. Il sacco può pure essere diviso in vece di colli, da veri tramezzi, o sepimenti e formare così una o più cisti indipendenti al di sotto della porzione, che racchiude i visceri.

Aponeurosi. I tessuti che separano il sacco dai comuni integumenti vanno a norma della sede dell' ernie e non possono essere studiate, che in proposito di ciascheduna specie di ernia, per la quale cosa tratteremo soltanto del tessuto cellulare comune della fascia superficiale. Quando non vi si suppongono nè muscoli, nè aponeurosi, la fascia propia e la fascia superficiale confondonsi sempre insieme al sacco erniario, ossia non si scorge più distinzione fra le membrane cellulose della cute e quelle del peritoneo. Ciò non ostante siccome la fascia superficiale nella parte sua profonda ha una struttura cellulare e non filamentosa o adiposa, e siccome avvicinandosi alla cute ha le apparenze di un' aponeurosi, che impedisce questa confusione, essendo però sede ordinaria delle vene sottocutanee delle glandolari degl' infiltramenti delle suppurazioni e degli induramenti prodotti dall' infiammazioni acute o croniche. La detta fascia può acquistare una grandissima spessezza anche lasciando da parte l' adipe che vi si trova d' ordinario, e tenere così lontano per buon tratto l' ernia dell' estrema superficie del capo.

Aperture per le quali formansi l'ernie. Le aperture onde escono i visceri sono di parecchie specie. Alcune consistono in semplici divariamenti accidentali delle fibre muscolari; o aponeurotiche come in quegli individui, il cui ventre fu molto disteso; altre seguitano ad ampie ferite penetranti nell'addomine ec. Altre aperture del pari non meritano maggior considerazione di queste. Di tal fatta sono quei fori, che in parecchi luoghi offrono le varie lamine fibrose dei muscoli obliqui o trasversi per il passaggio dei vasi del terzo ordine; dippiù è da notarsi che alcuni tumori adiposi, impiantati sul peritoneo sviluppando per una di queste aperture

verso la pelle possono dilatarla e trascinare fuora una porzione di questa membrana a guisa di sacco o del dito di un guanto, nel quale potrebbe penetrare l'intestino, strozzarvisi, e formare un'ernia di ardua diagnosi.

Le altre aperture di cui ci rimane ancora a discorrere riferisconsi a due ordini; o sono semplici aperture a guisa di anelli, o pure canali più o meno lunghi, più o meno obliqui. All'ombelico per via di esempi, l'apertura è un semplice anello, mentre costituisce un canale all' inguine.

Anelli. La prima specie osservasi solo in quei punti del ventre, nei quali i muscoli e le aponeurosi non formano strati distinti; come nella linea alba, nel fianco, nella vagina, nel retto, ec. In fatti non potendo in queste parti dispiegarsi i visceri, l'ernia giunge sotto la cute appena dopo averla trapassata scorrendo solo per un semplice anello.

Canali. Il secondo ordine di apertura è più complicato perocchè all'ingresso ed all'uscita loro scorgonsi due anelli distinti, separati qualche volta da una distanza considerevole. Questi canali trovansi in quei luoghi, nei quali i diversi strati delle pareti dell' addome rimangono d'ordinario separabili. Nello stato normale essi son riempiti dà cordoni vascolari, nervosi o d' altro genere. La lunghezza di questi canali dipende dai muscoli o da altri tessuti che tengono i due orifizj più o meno lontani come anco dell' appartenere gli anelli a due aponeurosi diverse. Se l' ingresso o l' uscita trovansi rimpetto l'uno all'altra, il canale è retto e perpendicolare. All' incontro esso osservasi obliquo, le aperture sono ad una distanza ineguale della linea mediana, siccome accade più di frequente. Aggiungasi, che quando l' ernie sono antiche tendono al distruggere l' obliquità e la forma di canale delle accennate aperture, e trasformarle in somma in semplici anelli. Essendo l' aponeurosi profonda, e la superficiale trapassate in senso inverso della porzione d' organo addominale fuori uscita, e da quella che inclina tuttavia a gradi, fanno scomparire l'intervallo, che li separa naturalmente, e finalmente trovansi a contatto.

Un canale erniario considerato nel suo tutto raffigura la direzione di un Z allungato. Perciò è chiaro che pel loro peso i visceri contenuti in siffatto canale tendono continuamente a raddrizzarlo, ed a porre le due aperture l'una rimpetto all'altra; in oltre

ch' essi possono in seguito come nel precedente caso formarne un semplice anello quasi perpendicolare. Sia poi un anello soltanto od un canale, la apertura erniaria scorgesi quasi sempre allungata in forma d'imbuto dal lato dell'addomine più in alcuni individui, che in altri. Siccome dall'altra parte i vasi, che talvolta trovansi vicini al collo del sacco sono talvolta situati entro la fascia propria, ossia fra il peritoneo e l'aponeurosi profonda, così ne nasce, che i medesimi in generale restano spinti alla distanza almeno di due o tre linee del margine fibroso, che produce lo strozzamento. Quantunque d'ordinario l'ernie rimangono strozzate nel loro collo, tuttavolta però ciò avviene nel loro corpo.

In tal caso lo strozzamento è prodotto o da una lacerazione del sacco, per la quale i visceri passeranno nei tessuti vicini, o da un sipario circompleto, o da uno stringimento qualsivoglia, o dall'orifizio di una cellulare laterale del sacco, e da una disposizione anormale delle viscere fuori uscite, o in fine da alcune briglie o da tumori.

Nota (*f*) pag. 31. — Roche e Sanson sul prognostico delle malattie in parola, dicono — Elle se termine très rarement par la guerison, la mort en est la consequence presqu' inevitable. Cette funeste arrive par le marasme par l' hidròpisie souvent apres plusieurs annèes de maladies, ou pour l' exasperation de la phlegmasie. Nouveaux elements de pathologie medicale et Chirurgicale. Tom. deuxieme pag. 38.

Nota (*g*) pag. 39 — Numerose aderenze si osservano nell'ernia cronica tra le viscere ivi contenute, le quali ripetono la loro origine da un lento processo infiammatorio per la continuata pressione di un difettoso brachiere, e per le brusche manovre del tassi-de al quale è stato sottoposto il tumore erniario. Esse si formano or nell'anello inguinale, ed or nel collo del sacco erniario, e producono alcune briglie per le quali l' ansa intestinale si congiunge coi margini dello anello, una tale condizione riesce di ostacolo alla riduzione degl' intestini, senza che prima siansi superati tutti quei punti aderenti. Altre volte quelle briglie si estendono sin dentro la cavità dell' addomine, formano diversi punti di riunione fra gli intestini, fra di loro e le pareti addominali, ciò, che dà luogo agl' interni strozzamenti di cui abbiamo fatto parola.

Nota (*h*) pag. 41 — Scarpa è di avviso, che se la porzione di

intestino è gangrenata soltanto per certo tratto, o in alcuni punti mentre il restante di essa segnatamente in vicinanza dell' anello inguinale o femorale è sano, conviene tosto levare lo strozzamento, e riporre le viscera di là dell' anello, poichè staccandosi poscia l' escara, questa unitamente alle materie fecali esce dalla piaga.

In conferma del già esposto ci viene in acconcio riferire quì un'interessante operazione di erniotomia da noi fatta in questa R. Casa dei matti in persona del Cavalier Gioeni da Catania. Costui soffriva da circa 26, anni un' ernia al lato destro che per l'enorme volume quanto la testa di un ragazzo non poteasi contenere ridotta col cinto erniario, e più di tutto per lo stato di aberrazione mentale di cui egli era sopraffatto, che lo rendea ostinato ad impiegare ogni mezzo di precauzione per mantenerla in sito. Corse egli in tale stato per molti anni nella sua patria ed in questa Real casa dei matti senza lagnarsi d' incomodo di sorta. In Gennajo 1832 l'ernia s' incarcerò, tornavano inutili tutti i mezzi che l'arte prescrive. Nel 3. giorno incalzando il vomito, il singhiozzo, il meteorismo, e la costipazione ventrale facendosi più ostinate, si eseguì l'operazione. Fatta un' incisione dei tegumenti rimpetto allo anello sufficiente a togliere lo strozzamento; si scoprì il sacco, il quale per l' antichità della malattia erasi così strettamente e largamente unito con l' ansa intestinale, e con l' epiploo, che non fu possibile separarnelo senza incorrere pericolo di ferire l' intestino, e col consiglio di altri chirurghi si giudicò conveniente dopo di avere dilatato l'anello inguinale di lasciare quell'ammasso d'epiploo e l'ansa intestinale fuori dell'addomine ricoprendoli con compressa spalmata di cerato di Galeno, ed assicurandola con opportuna fasciatura.

Internamente si prescrissero bevande dolcificanti e poi brodi di pollastro.

Nel secondo giorno dell' operazione si aprì spontaneamente il ventre, i sintomi del vomito si allontanarono, e l' infermo tornò alla primiera calma. La piaga si continuò a medicare come sopra. Fluì poca marcia di buona qualità.

Nel quinto giorno dopo l'operazione tutta quella enorme massa formata dall'epiploo e dall'intestino si coprì di carne granulosa, la piaga della cute si restringeva, e l' infermo correva rapidamente per la guarigione: nell' undecimo giorno dell' operazione si osservò l' inte-

stino forato vicino al collo del sacco, e benchè non si fosse omesso d' istituire l' ano artificiale, pure le fecce spandendosi nel cavo addominale facevano morire l'infermo nel 13. giorno.

Per disposizione del Barone Pisani non potè farsi la sezione cadaverica, onde potere osservare le alterazioni prodotte da tale malattia.

Da ciò si deduce che l' ernie antiche e voluminose, ed in cui siansi formate delle aderenze fra le pareti interne del sacco coll'intestino e coll' epiploo non sempre possono nè debbono ridursi in cavità: ed è debito del saggio e diligente operatore, potendolo, prima distruggere le anormali aderenze, e poi ridurre le viscere protuse, avendo prima dilatato l'anello convenientemente. Non potendo superare le aderenze, toglierà lo strozzamento restando le viscere nel rapporto in cui si trovano.

Nota (*i*) pag. 52 — Imperciocchè dice egli, come ho dimostrato nella precedente memoria il sacco erniario propriamente detto conserva a un dipresso in tutti i periodi dell'ernia scrotale la spessezza e trasparenza che ha il peritoneo nel cavo del ventre se si eccettui qualche punto, ove per la lunga pressione fatta dalle viscera, o per infiammazione progredita, il sacco erniario ha contratto aderenza col tessuto cellulare vicino, e colle viscere in esso contenute, siccome più comunemente coll'omento.—Ved. Memoria sull'ernie pag. 106

Nota (*k*) pag. 53. — Noi più di una volta nell' erniotomia abbiam veduto ferire l' intestino da valenti Chirurghi nazionali e stranieri ed è avvenuto pur a noi un simile accidente in caso di ernia crurale in persona di una donna: il sacco era addossato ed aderente all'intestino, e lo mentiva; inganno in cui caddero pure tutti gli altri Chirurghi, che trovavansi presenti all' operazione, abbenchè tutti conoscessimo che il sacco nello stato suo naturale, altro non è che una semplice lamina peritoneale, e non può essere circondata fuorichè di altre lamine cellulose, e che per qualunque sia la spessezza tanto se dipenda da tessuto cellulare, che lo ricopre da un lato, quanto da strati accidentali son sempre disposti in forme concentriche inegualmente sopra poste; che non possono affatto confondersi con la membrana fibrosa, a doppio piano di fibre situate sotto una tela sierosa affatto aderente che forma l'intestino; pure si osserva talfiata, che le aderenze che u-

niscono il sacco all' intestino sono di tanto da non permettere di distinguersi l' intestino, siccome avvenne non ha guari in uno dei grandi Ospedali di Parigi al primo chirurgo di quello stabilimento ved. Velpeau a carte 225 della Medicina operatoria.

Quindi fa d'uopo con una pinzetta o uncinetto costruito all'uopo afferrare il sacco in un punto dov' è più libero sollevarlo e con bistorino o colle cisoje orizontalmente esciderlo. Noi siam soliti servirci di una tenda scanalata non molto aguzza, onde non ferir lo intestino.

Non è questa la prima volta che i pratici sono stati spettatori di sì funesto accidente. Bisapp in una sua dotta osservazione ci rapporta un caso di otturamento della porzione d'intestino incarcerato nell' ernie inguinali dopo la sua riduzione, in cui i sintomi dello strozzamento divennero talmente intensi, o si aumentarono con tanta rapidità, che condussero a morte l' infermo. L' autopsia del cadavere confermò l' esistenza di quell' interno stringimento a tal grado, che non permetteva neppure il passaggio del liquido injettato. Leggesi nel giornale di Chirurgia di Gaus e Walter un'altro caso analogo riferito dal Dottor Guinther.

Vedi The London Medical Repositoy Octob. 1825.

Nota (*l*) pag. 85 — Dall'unione delle lamine profonde nell' arcata crurale deriva, che nell' ernia crurale il tumore viene naturalmente compresso durante l'estensione della coscia e per cui conviene flettere il membro nelle manovre del tasside e nell'operazione allorchè il tumore è strozzato.

Nota (*m*) pag. 89 — Il Professor Medici di Pisa ha immaginato un nuovo strumento erniotomo per lo sbrigliamento del morocele nell'uopo, allorchè lo strozzamento vien fatto dall' anello crurale. Consiste in una lama di acciajo della lunghezza di circa tre pollici fermata sur un manico a poligono. Questa lama è di una figura piramidale assottigliandosi alla sommità sino a mezza linea; i margini perdono gradatamente la forma triangolare assumendo quella di linguette; alla distanza di quattro linee dall'apice di questa linguetta vi è piccola incavatura, ma più estesa di una linea, la quale s' ingrandisce nel corpo della lama acquistando la figura ellittica, che dev' essere tagliente ovunque, tranne sulla linea costale, o sul margine (è cosa facile dare a questa ellissi troncata il filo tagliente come il bistori servendosi di una pietra affilante a

forma di sottil cilindro montata sul tornio) ora supposto, che l'ansa intestinale rinserrata entro l' anello o condotto femorale sia già scoperta devesi deprimere con una mano l'intestino, avvertendo per altro, che l'indice della stessa coll' apice al margine libero del ligamento Falloppiano; e colla superficie palmare pel mezzo di detto ligamento o di quello di Gimbernat: con l' altra mano impugnato lo strumento se ne dirige la linguetta fra l' intestino ed i bordi dello spiraglio spingendolo con l'incavatura marginale rivolta in dentro. Appena l'angolo, che incomincia l'incavatura medesima avrà sormontato il bordo libero del ligamento di Gimbernat sommamente teso in questa specie di strangolamento, la tagliente ellissi dovrà senza meno imprimervi un grado di recisione onde prolungare per quanto importa a gradi maggiori la stessa recisione si comprimerà col dito indice già disposto nella preordinata attitudine la costa dello strumento; mentre s' imprimeranno al suo manico coll' altra mano movimenti di alta lena all' infuori, all' indentro alternati. In tal guisa procedendo si otterrà una sezione tanto estesa, quanto richiedesi per isvincolare completamente l' incarcerato viscere. Niuno potrà infingersi che dalla pratica dell' indicato processo operativo sia mai per accadere ferita di arteria veruna, imperciocchè qualunquè arteria sia naturale sia per anomalia sia situata dietro il ligamento di Gimbernat ed ivi in qualsivoglia direzione disposta o serpeggiante rimarrà sempre incolume da ogni offesa non potendo mai entrare nell' apertura marginale della tagliente ellissi, quando questa è già occupata dal ligamento, che vuolsi recidere, L' arteria se vi è, sarà spinta dal margine piramidale della linguetta ed in agevel modo sarà da esso traslocata oltre la sfera delle parti comprese nell' operazione.

Il Severino. Giornale Medico Chirurgico. Napoli vol. 8, f. Dicembre 1839. pag. 25.

Nota (*n*) pag. 110 — Non parliamo del loro andamento, causa, sintomi, diagnosi, e metodo curativo, perchè non abbiamo sin'oggi riunito un numero sufficiente di fatti, che potessero somministrarci argomenti di utili ed interessanti osservazioni.

INDICE

Introduzione . . . . . *pag.* 5
Articolo Primo. Ernie inguinali . . . . . » 11
Storia I.ª Ernia inguinale destra strozzata ad un tempo dall'anello e dal collo del sacco: guarita per l'operazione . . » 32
Storia II. Ernia inguinale destra strozzata dall' anello: guarita per l' operazione . . . . . » 39
Storia III. Ernia inguinale destra strozzata dall' anello: guarita per l' operazione . . . . . » 43
Storia IV. Ernia inguinale sinistra strozzata: operazione seguita dalla morte . . . . . » 49
Storia V. Ernia inguinale destra strozzata da un cercine valvolare; operazione seguita dalla morte . . . . . » 54
Storia VI. Ernia inguinale destra strozzata dall' anello: guarita per l' operazione . . . . . » 60
Storia VII. Ernia inguinale destra strozzata all' entrata del collo del sacco: guarita per l' operazione . . . . . » 64
Storia VIII. Ernia inguinale destra strozzata dall' anello e dal collo del sacco: guarita coll' operazione . . . . . » 68
Storia IX. Ernia inguinale destra strozzata dal collo del sacco: guarita coll' operazione . . . . . » 70
Storia X. Ernia inguinale destra strozzata dall' anello: operazione seguita dalla morte . . . . . » 72
Storia XI. Ernia inguinale sinistra strozzata: guarita col tasside . . . . . » 73
Storia XII. Ernia inguinale destra incarcerata: operazione seguita dalla morte . . . . . » 76

Articolo II. Ernie crurali . . . . . » 78
Storia I.ª Ernia crurale sinistra strozzata e guarita coll' operazione . . . . . » 89
Storia II. Ernia crurale sinistra strozzata dal collo : guarita coll' operazione . . . . . » 92
Storia III. Ernia crurale destra strozzata : guarita coll' operazione . . . . . » 93
Storia IV. Ernia crurale sinistra. Operazione. Morte . . . » 94
Storia V. Ernia crurale destra strozzata. Operazione. Morte . » 96
Storia VI. Ernia crurale sinistra strozzata : guarita coll' operazione. . . . . » 97
Storia VII. Ernia crurale destra strozzata. Operazione. Morte » 99
Storia VIII. Ernia crurale strozzata : guarita colla pomata di belladonna . . . . . » 101
Storia IX. Ernia crurale sinistra strozzata : guarita coll' operazione . . . . . » 104
Storia X. Ernia crurale sinistra incarcerata : guarita coll' operazione. . . . . » 106
Storia XI. Ernia crurale sinistra guarita coll' operazione . « 107
Articolo III. Ernie ombelicali . . . . . » 109
Storia I.ª Ernia ombelicale strozzata : guarita coll' operazione. » 110
Note . . . . . » 115

MEMORIE

CHE SARANNO COMPRESE IN QUESTA RACCOLTA

1. Memoria su di una singolare eruzione petecchiale; con rame.
2. — su di una operazione di pietra saccata con felice successo; con rame.
3. — ritenzione di orina guarita colla uscita di una pseudo-membrana; con rame.
4. — sulla paraplegia.
5. — su di un mostro umano; con rame.
6. — sul ferro speculare trovato nelle falde dell' Etna.
7. — su di una ferita d'arma da fuoco coll' allacciatura dell' arteria-brachiale seguita da felice successo.
8. — sull'uso dell'acqua termo-minerale di Termini.
9. — su di un enorme tumore salivare con idatidi guarito col taglio.
10. — su di una antica rottura del retto col passaggio delle fecce nella vagina; con rame.
11. — sulla demonomania con commozione cerebrale senza stravaso; con due rami.
12. — sull'inconveniente della cannula di Dupuytren per la fistola lagrimale; con rame.
13. — sull' intima tessitura del cervello.
14. — sulla maniera di allacciare le arterie col doppio uncino del Cav. Assalini; con rame.
15. — sugli aneurismi del cuore del Bar. A. Portal voltata dal francese in italiano ed annotata.

16. — sull'uso degli stromenti di ostretricia del Cav. Assalini.
17. — sulla pupilla artificiale; con rame.
18. — sull' ottalmia che afflisse la truppa napoletana stanziata in Palermo.
19. — sulla ligatura delle arterie in caso di aneurisma.
20. — sull'introduzione dell'aria nelle vene.
21. — su di una gravidanza uterina terminata coll'uscita di una gran de quantità d'idatidi.
22. — sull'empiema.
23. — sulla ranula.
24. — sull'allacciatura della iliaca esterna e della femorale.
25. — su di un ascesso del fegato complicato con idatidi guarito coll' incisione.
26. Osservazioni pratiche sull' alienazione mentale raccolte nella R. casa de' matti in Palermo.
27. Due volumi di memorie chirurgiche.
28. Trattato di clinica chirurgica.
29. Istruzioni per l'ospedale ostetrico di Palermo.

LAVORI INEDITI

CHE SARANNO PURE COMPRESI IN QUESTA RACCOLTA.

1. Memoria sull' infiammazione.
2. — su d'una estirpazione d'utero con felice successo; con rame.
3. — sulla coxalgia.
4. — sur un caso di placenta saccata.
5. — sulla escissione del callo angoloso nelle fratture.